This is a digital copy of a book that was preserved for generations on library shelves before it was carefully scanned by Google as part of a project to make the world's books discoverable online.

It has survived long enough for the copyright to expire and the book to enter the public domain. A public domain book is one that was never subject to copyright or whose legal copyright term has expired. Whether a book is in the public domain may vary country to country. Public domain books are our gateways to the past, representing a wealth of history, culture and knowledge that's often difficult to discover.

Marks, notations and other marginalia present in the original volume will appear in this file - a reminder of this book's long journey from the publisher to a library and finally to you.

Usage guidelines

Google is proud to partner with libraries to digitize public domain materials and make them widely accessible. Public domain books belong to the public and we are merely their custodians. Nevertheless, this work is expensive, so in order to keep providing this resource, we have taken steps to prevent abuse by commercial parties, including placing technical restrictions on automated querying.

We also ask that you:

+ *Make non-commercial use of the files* We designed Google Book Search for use by individuals, and we request that you use these files for personal, non-commercial purposes.

+ *Refrain from automated querying* Do not send automated queries of any sort to Google's system: If you are conducting research on machine translation, optical character recognition or other areas where access to a large amount of text is helpful, please contact us. We encourage the use of public domain materials for these purposes and may be able to help.

+ *Maintain attribution* The Google "watermark" you see on each file is essential for informing people about this project and helping them find additional materials through Google Book Search. Please do not remove it.

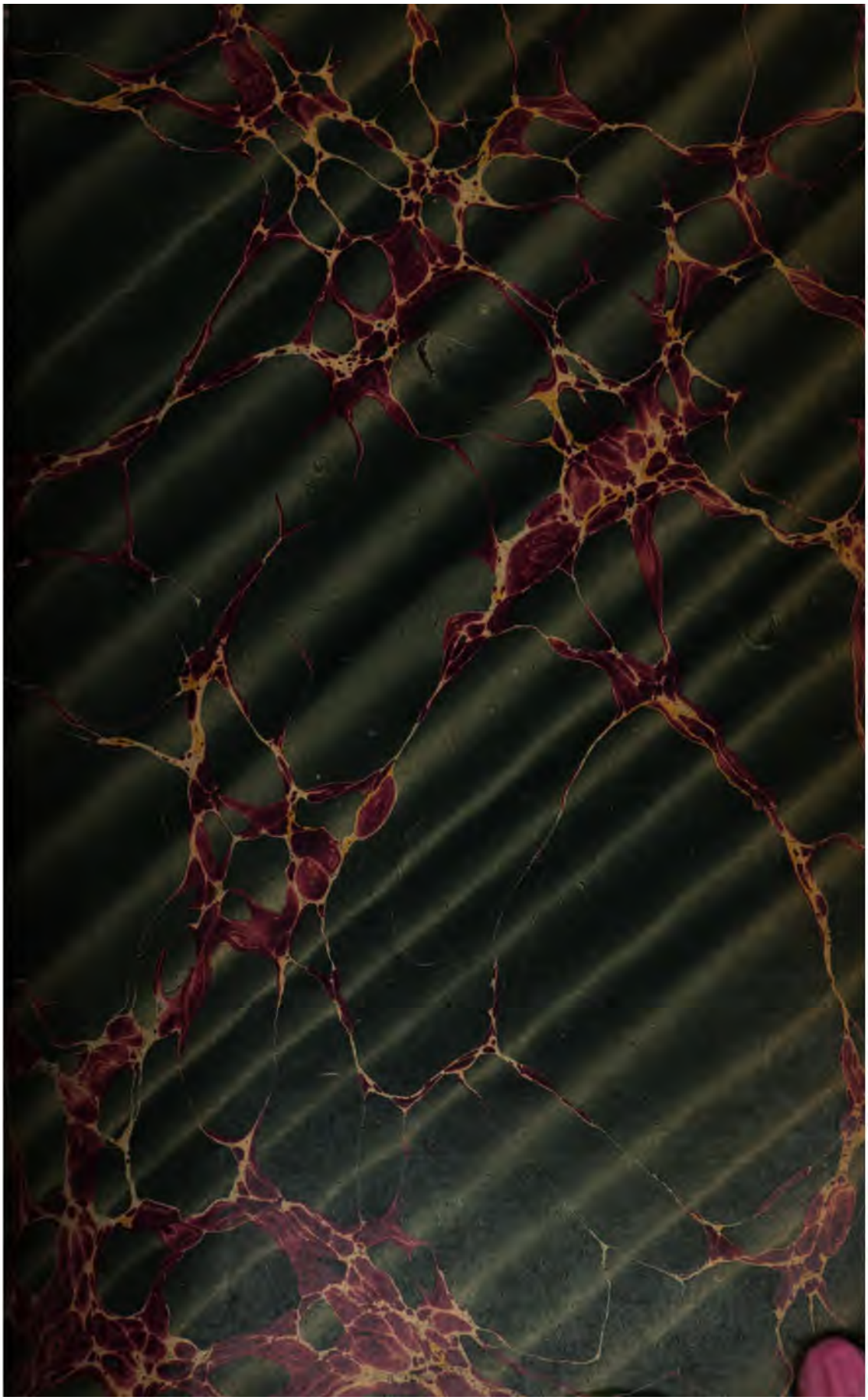
+ *Keep it legal* Whatever your use, remember that you are responsible for ensuring that what you are doing is legal. Do not assume that just because we believe a book is in the public domain for users in the United States, that the work is also in the public domain for users in other countries. Whether a book is still in copyright varies from country to country, and we can't offer guidance on whether any specific use of any specific book is allowed. Please do not assume that a book's appearance in Google Book Search means it can be used in any manner anywhere in the world. Copyright infringement liability can be quite severe.

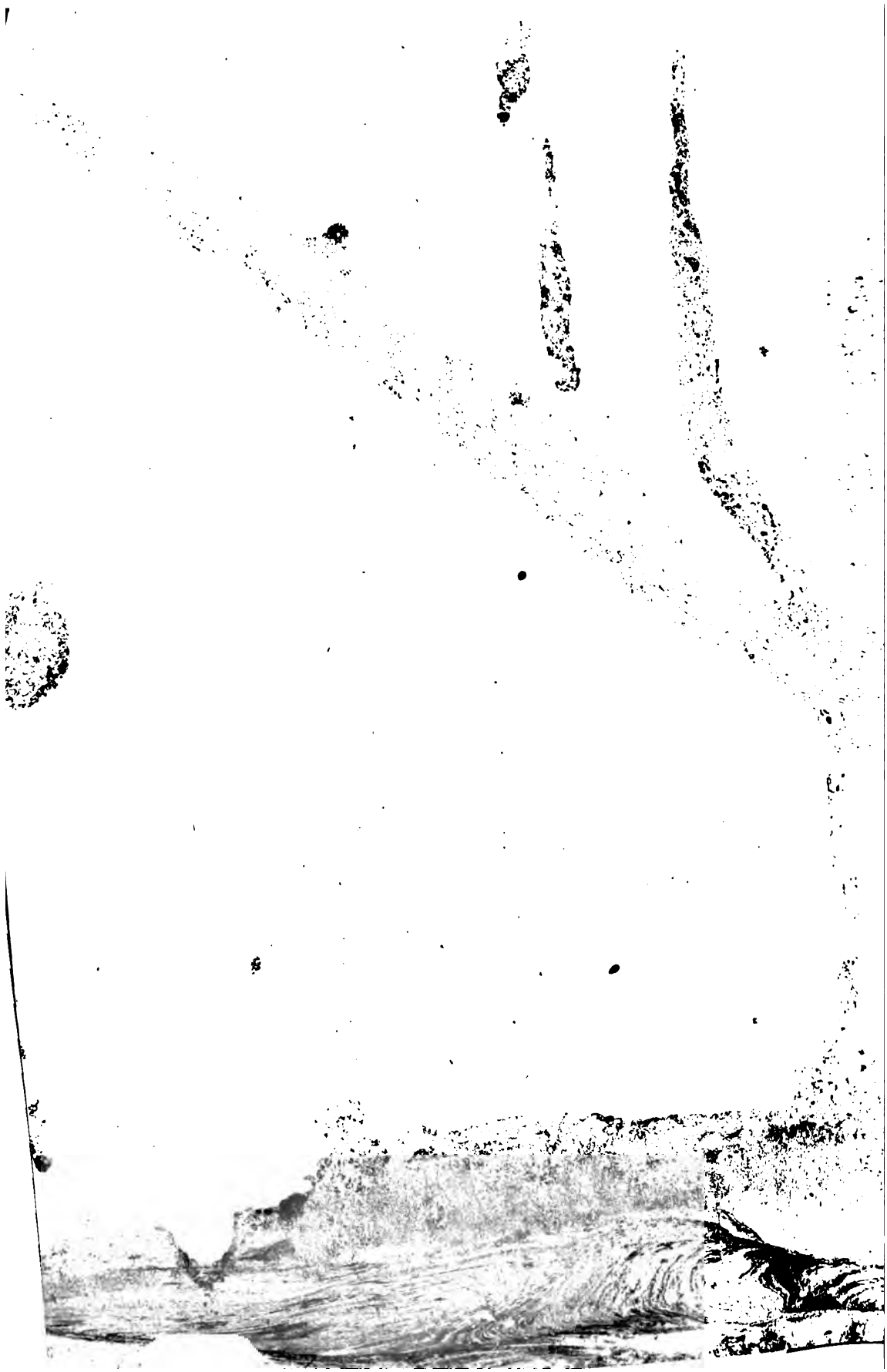
About Google Book Search

Google's mission is to organize the world's information and to make it universally accessible and useful. Google Book Search helps readers discover the world's books while helping authors and publishers reach new audiences. You can search through the full text of this book on the web at `http://books.google.com/`

UC-NRLF
B 3 731 299

MEDICAL SCHOOL
LIBRARY
SIGILLVM · VNIVERSITATIS · CALIFORNIENSIS
LVX
FIAT
MDCCCLXVIII
EX LIBRIS





CRÓNICA MÉDICA MEXICANA

REVISTA
DE MEDICINA, CIRUGIA Y TERAPÉUTICA

Y ORGANO DEL CUERPO MÉDICO MEXICANO

DIRECTOR PROPIETARIO

Dr. Enrique L. Abogado

Miembro correspondiente de la «Societé Obstétricale de France, París» y honorario de la «Société de Thérapeutique Dosimétrique de París.»

JEFES DE REDACCION:

Dr. Duque de Estrada, Juan.—Profesor adjunto de Obstetricia de la E. N. de Med.

Dr. Godoy Alvarez Manuel.—Cirujano del Hospital General.

Dr. Mejía, Demetrio.—Profesor de Clínica Interna (3er. año) de la E. N. de Med.

Dr. Suarez Gamboa, Ricardo.—Cirujano del Hospital *Morelos*.

Dr. Vasquez Gomez, Francisco.—Profesor de Patología Externa de la E. N. de Med.

Dr. Zarraga, Fernando.—Profesor adjunto de Obstetricia de la E. N. de Med.

Sres. Dres. Manuel Carmona y Ramon Reynoso.—Sección de Medicina y Cirugía Dental.

Prof. Juan B. Calderon.—Preparador de Farmacia é Hist. de Drogas de la E. N. de Med.

Prof. Jose de la L. Gomez.—Sección de Medicina Veterinaria.

JEFES DE REDACCION EN LOS ESTADOS:

AGUASCALIENTES, Aguasc. *Dr. J. Guadalupe Ortega* y *Dr. Manuel Gómez Portugal.*

BAJA CALIFORNIA, *Dr. J. C. Delahanty*

CAMPECHE. *Dr. Cipriano Domínguez* y *Dr. Domingo Hurtado.*

CHIAPAS, San Cristóbal Las Casas. *Dr. Bernardo Martínez Baca.*

CHIHUAHUA, Chih. *Dr. Ezequiel Torres* y *Dr. Miguel Márquez.*

COAHUILA, Saltillo. *Dr. Fernando Mier* y *Dr. Jesús M. de la Fuente.*

COLIMA, Col. *Dr. Vidal Fernández Dr J. Francisco Romero y Prof. Manuel R. Alvarez.*

DURANGO, Dur. *Dr. F. Pérez Gavilán* y *Dr. Librado C. de Valle.*

GUANAJUATO. *Dr. Alfredo Dugés* en Guanajuato. y *Dr José de Jesús González* en León.

GUERRERO, Chilpancingo, *Dr. Leopoldo Viramontes*

HIDALGO. *Dr. Agustín Navarro y Cardona* en Pachuca, y *Dr. José María Palacios* en Tulancingo.

JALISCO, Guadalajara. *Dr. Francisco Macías Gutiérrez.* Direct. de la E. de Med., y Prof. de Anat. Topog. y Cirugía, y *Dr. Daniel García,* Direct. del Hospital Militar y *Dr. Miguel Mendoza López.*

MÉXICO, Toluca. *Dr. Juan Rodríguez* y *Dr. Antonio Vilchis Barbabosa.*

MICHOACÁN, Morelia. *Dr. Aurelio Pérez,* Direct. de la Esc. de Med. y del Hosp. Civil, y *Dr. Julio Videgaray,* Prof. de Terapéutica y Patología General.

MORELOS, Cuernavaca. *Dr. Elías A. Gómez.*

NUEVO LEON, Monterrey. *Dr. Jesús M. González,* Director del Hosp. «González,» *Dr. Antonio F. Leal* y *Dr. Ramón E. Treviño.*

OAXACA, Oax. *Dr. Nicolás Varela y Alvarez* y *Dr. Ramón Pardo.*

PUEBLA, Pueb. *Dr. Angel Contreras,* Prof. de Clínica Externa, y *Dr. Rafael Serrano,* Prof. de Terapéutica y Patología General.

QUERÉTARO, Quer. *Dr. Manuel Septién* y *Dr Juan B. Gutiérrez.*

SAN LUIS POTOSI, S. L. P. *Dr. Ignacio Alvarado,* Prof. de Patología Interna de la Esc. de Med.

SINALOA, Culiacán. *Dr. Ramón Ponce de León,* Prof. de Química é Historia Natural del Colegio del Estado, y *Dr. Perfecto G. Bustamante,* Mazatlán.

SONORA. *Dr. Fernando Aguilar* en Hermosillo, y *Dr. Agustín Roa* y *Dr. Fernando Ocaranza,* en Guaymas.

TABASCO, San Juan Bautista. *Dr. Tomás G. Pellicer* y *Dr. Nicandro L. Melo.*

TAMAULIPAS. *Dr. Antonio Matienzo* en Tampico, y *Dr. Miguel Barragán* en Matamoros.

TEPIC, Territorio de Tepic. *Dr. Fernando Gómez Virgen* y *Dr. X. López Portillo y Cano,* San Blas.

VERACRUZ. *Dr. Manuel S. Iglesias* y *Dr. Zacarías R. Molina.*

YUCATÁN. Mérida. *Dr. Joaquín Acevedo,* Prof. de Patología General de la Esc. de Med. del Est., y *Dr. Andrés Saenz de Santa María,* Prof. de Med. Legal é Higiene en la E. de Med. y Médico Legista de los Tribunales del Estado.

ZACATECAS, Zac. *Dr. Higinio A. Escobedo* y *Dr. Aurelio Padilla,* Guad.

TOMO VIII.

MÉXICO

TIP. Y LIT. «LA EUROPEA,» DE J. AGUILAR VERA Y COMPAÑIA, S. EN C.

Calle de Santa Clara número 15.

1905

UNIV OF CALIF
MEDICAL SCHOOL

CRONICA MEDICA MEXICANA

Indice general y cronológico de las materias contenidas en este volumen.

Págs.

Núm. 1.—PRÓLOGO.—Dr. E. L. Abogado 1
SEC. V.—El régimen en las enfermedades. Dr. Eduardo Lamicq. . 3
SEC. X.—*Obstetricia*. Parto espontáneo en las presentaciones de hombro. Dr. Melesio de Anda. Teocolotlán, Jal . . . 12
SEC. XVII.—*Terapéutica*. La dosis como un factor variable en terapéutica. Dr. Agustín M. Fernández Ibarra, New York . . 15
» » Algunas consideraciones clínicas sobre la Apendicitis. Dr. E. L. Abogado 21
SEC. XXVIII.—Revista de la Prensa Médica Extranjera. Dr. Leopoldo E. Calvillo. 24
SEC. XXX.—*Bibliografía*. Dr. E. L. Abogado 26
NECROLOGIA. Un recuerdo al Sr. Dr. D. Carlos Tejeda Guzmán. Dr. E. L. Abogado 28
NOTAS 28
Núm. 2.—SEC. V.—El Impaludismo como intoxicación por el plasmodium malariae. Dr. J. F. Romero. Manzanillo, Col. 29
» » Curiosidades clínicas. Dr. José G. Mendoza. México. . 39
SEC. XVII.—*Terapéutica*. El tratamiento de la fiebre amarilla por el Suero anti-ponzoñoso de Calmette. Dr. E. L. Abogado. 41
» » Algunas consideraciones clínicas sobre la Apendicitis.—(Concluye). Dr. E. L. Abogado 43
» » Tratamiento de la Grippe ó Influenza. 46
SEC. XXIII.—MORTALIDAD, NATALIDAD, PUERICULTURA. Dr. Rafael Norma, de México. (Continuará) 47
SEC. XXX.—*Bibliografía* 54
NOTAS 55
Núm. 3.—SEC. IV.—Curación de las Heridas. Lección inaugural del curso de Clínica Externa. Dr. Angel Contreras.—Puebla . . . 57
SEC. V.—El régimen en las enfermedades. Dr. Eduardo Lamicq, de México. (Concluirá) 62
SEC. X.—*Obstetricia*. ¡Operar! La extracción manual innecesaria de la placenta. Dr. M. de Anda. Tecolotlán, Jal 67
SEC. XVII.—La Alcaloidoterapia y los Neurasténicos. Dr. E. L. Abogado. 69
SEC. XXIII.—Mortalidad, Natalidad, Puericultura (Continúa). Dr. Rafael Norma. México. 72
SEC. XXVI.—Sección Oficial 78

Págs.

SEC. XXIX.—Medicamentos y Comercio indebido. Dr. E. L. Abcgado. 79
SEC. XXX.—*Bibliografía* 81
NOTAS 84
Núm. 4.—SEC. V.—El régimen en las enfermedades. Dr. Eduardo Lamicq, de México (Concluye) 85
» » Receptividad palúdica. Inmunidad. Accidentes perniciosos. Dr. J. F. Romero. Manzanillo, Col. (Concluirá). . 91
SEC. XVII.—*Terapéutica*. Coca, Kola y Fosfatos de Cereales. Dr. Agustín M. Fernández Ibarra. New York 95
» » GRIPA. Iniciación benigna y resultados fatales. Tratamiento. Dr. E. L. Abogado 100
» » La cuestión del tratamiento de la Fiebre Amarilla en Mérida. Yuc. Dr. E. L. Abogado 103
» » Una preparación farmacéutica nacional. Elixir Antiviperino. Dr. E. L. Abogado. 104
» » Una dosificación exactísima. Laborat. Municipal de París. Francia. 104
» » Una combinación moderna, útil y aceptable. 105
SEC. XXIII.—Mortalidad. Natalidad, Puericultura. Dr. R. Norma . . 105
SEC. XXVIII.—Revista de la Prensa Médica Extranjera. Dr. L. E. Calvillo. 109
SEC. XXIX.—Idioma Internacional «*Esperanto*.» Dr. A. Vargas. Santa Rosa Necoxtla. Ver. 111
NOTAS 112
Núm. 5.—SECS. I y III.—Consideraciones anatómicas y fisiológicas sobre el Ciego y el Apéndice Cecal. Dr. Daniel García. Guadalajara, Jal. (Concluirá) 113
SEC. V.—Receptividad palúdica. Inmunidad. Accidentes perniciosos. Dr. J. F. Romero. Manzanillo. Col. (Concluye). . 121
SEC. XVII.—GRIPA. Iniciación benigna y resultados fatales. Tratamiento. 2º Artículo. Dr. E. L. Abogado. 126
SEC. XXIV.—Breves consideraciones sobre las Tinturas, Prof. E. G. Puente. México 130
SEC. XXVIII.—Revista de la Prensa Médica Extranjera. Dr. E. Landa . 132
SEC. XXX.—*Bibliografía*. Dr. E. L. Abogado 136
NOTAS 139
Núm. 6.—SECS. I y III.—Consideraciones anatómicas y fisiológicas sobre el Ciego y el Apéndice Cecal. Dr. Daniel García. Guadalajara, Jal. (Concluye) 141
SEC. V.—*Paludismo*. Profilaxia y Tratamiento. Dr. J. F. Romero. Manzanillo. Col 149
SEC. XVII.—El Tratamiento Moderno de la Fiebre Amarilla, por el Dr. Agustín M. Fernández Ibarra. New York 153
» » Dismenorrea esencial espasmódica. Dr. E. L. Abogado. 158
SEC. XXVIII.—Revista de la Prensa Médica Extranjera. Dr. Everardo Landa 162
SEC. XXX.—*Bibliografía*. 163
NOTAS 168
Núm. 7. SEC. IV.—HERNIAS. Su curación radical. Dr. Manuel Godoy Alvarez. México 169

INDICE

Págs.

SEC. V.—Amigdalitis Tuberculosa terminada por meningitis tuberculosa sobreaguda, Dr. J. F. Romero. Manzanillo . . . 172
SEC. XI.—Un caso de Sección cesárea por ruptura uterina en útero doble. Dr. G. Pagenstecher. México. (Concluirá). . . 177
SEC. XVII.—Litiasis renal. Su tratamiento. Dr. E. L. Abogado . . 184
SEC. XXIX.—Exhumación de médicos célebres. Rembert Dodoens. Dr. Francisco Bulman. México. 189
» » «En todas partes cuecen habas.» Dr. E. L. A. . . . 191
SEC. XXX.—*Bibliografía* 192
NECROLOGIA. El Sr. Dr. Narciso del Río. Dr. M. S. Iglesias, Veracruz. 193
NOTAS 195
Núm. 8.—SECS. I y III.—Consideraciones sobre la Anatomía y Fisiología del Apéndice vermiforme. Dr. M. Godoy Alvarez. México. . 197
SEC. V.—Caquexia palúdica. Dr. Jesús T. Larios. Guad. (Concluirá) 201
» » *Medicina práctica*. Diagnóstico del Cáncer del estómago. Dr. Méndez Estrada. México 207
SEC. XI.—Un caso de Sección Cesárea por ruptura uterina en útero doble. Dr. G. Pagenstecher. México. (Concluye) . . . 211
SEC. XVII.—Amigdalitis aguda flegmonosa. Su Tratamiento. Dr. E. L. Abogado 215
» » La complejidad farmacológica en la prescripción médica. José R. Carracido, de Madrid. (Continuará). 217
SEC. XXX.—*Bibliografía* 221
NECROLOGIA. *Mikulicz*. Por el Dr. Manuel Godoy Alvarez. 223
Dres. Angel Contreras y Francisco Marín. Dr. E. L. A. 224
Núm. 9.—SEC. V.—Caquexia palúdica. Dr. J. T. Larios. Guad. (Concluye). 225
» » Idiosincracias anti-quínicas. Dr. J. F. Romero, de Manzanillo. Col 231
» » La falacia del Mosquito en la Fiebre Amarilla, por el Dr. Agustín M. Fernández Ibarra, de New York 234
» » *Dipsomanía*. Tres observaciones. Dr. Benjamín Méndez. Dolores Hidalgo. Gto. 239
SEC. XVII.—La complejidad farmacológica en la prescripción médica. Dr. José R. Carracido, de Madrid. (Continúa). . . . 241
» » Artritismo. Herpetismo.—Breves notas. Dr. E. L. Abogado. 244
» » Terapéutica de la Neuralgia y Dolores en cintura. . . . 248
SEC. XXVIII.—Revista de la Prensa Médica Extranjera. Dr. Enrique del Bosque. México 248
SEC. XXX.—*Bibliografía*. Dr. E. L. A. 250
NECROLOGIA. El Sr. Dr. Angel Contreras, Dr. E. L. Abogado. 251
NOTAS 252
Núm. 10.—SEC. V.—Contribución á la patología de la Anemia, por el Dr. Joseph Ferrúa, de Londres. 253

Págs

Núm. 10.—Sec. V.—La falacia del Mosquito en la Fiebre Amarilla, por el Dr. Agustín M. Fernández Ibarra. (Continúa). 257
Sec. VI.—Algo de Cirugía en sus relaciones con la Fisiología. Dr. Heladio Gutiérrez. México. (Concluirá) 263
» » Algunas palabras sobre la cura operatoria de la hernia crural. Dr. M. Godoy Alvarez. México. 269
Sec. XVII.—La complejidad farmacológica en la prescripción médica. Dr. José R. Carracido, de Madrid. (Concluye). . . . 272
» » Las Entero-Colitis y su Tratamiento. Dr. E. L. Abogado. 275
Sec. XXVIII.—Revista de la Prensa Médica Extranjera. Dr. Harald Seidelin. 278
Necrologia. Trabajos del Dr. Angel Contreras . . . 280
Notas. 280
Núm. 11.—Sec. V.—La falacia del Mosquito en la Fiebre Amarilla, por el Dr. A. M. Fernández Ibarra, de New York. (Continúa). . 281
Sec. XVII.—Tétano. Suero antitetánico. Curación, por el Dr. Melesio de Anda. Tecolotlán, Jal. 297
» » Las Entero-Colitis y su tratamiento (2º Artículo). Dr. E. L. Abogado 298
» » Un caso reciente de envenenamiento por mordedura de serpiente. Dr. José M. Rosas, de Teapa, Tab. 301
Sec. XXX.—*Bibliografía*. Dr. E. L. A. 302
Necrologia. Muerte de un gran médico. El Sr. Dr. D. Fortunato Arce, por el Dr. Aurelio Padilla, de Zacatecas. 303
Notas. 306
Núm. 12.—Sec. V.—La falacia del Mosquito en la Fiebre Amarilla, por el Dr. Agustín M. Fernández Ibarra, de New York (Concluye). . 307
Sec. VI.—Algo de Cirugía en sus relaciones con la Fisiología, por el Dr. Heladio Gutiérrez. México. (Concluye). 313
Sec. XVII.—*Terapéutica*. La Medicación Sulfurada. Ampliación de sus indicaciones. Dr. E. L. Abogado. 327
» » Notas sobre un caso de Perimetritis 329
Notas. 331

CRONICA MEDICA MEXICANA

Indice por Secciones.

Sec. I.—Anatomía, Embriología é Histología. 113, 141 y 197
» III.—Fisiología, Biología y Antropología. 113, 141 y. 197
» IV.—Patología Externa y Clínica. 57 y 169
» V.—Patología Interna y Clínica. 3, 29, 39, 62, 85, 91, 121, 149, 172, 201, 207, 225, 231, 234, 239, 253, 257, 281 y. . . . 307
» VI.—Patología Quirúrgica y Clínica. 263, 269 y . . . . . .
» X.—Obstetricia. 12 y 67
» XI.—Ginecología. 177 y 211

Págs.

Sec. XVII.—Terapéutica. 15, 21, 41, 43, 46, 69, 95, 100, 105, 126, 153, 158, 184, 215, 217, 241, 244, 248, 272, 275, 297, 298, 301 y 327
» XXIII.—Estadística. 47, 72 y. 105
» XXIV.—Química y Farmacia. 78 y 130
» XXVI.—Sección Oficial 78
» XXVIII.—Revista de la Prensa Médica Extranjera. 24, 109, 132, 162, y . . 248
» XXIX.—Remitidos y Variedades. 79, 111, 189 y. 191
» XXX.—Bibliografía. 26, 54, 81, 136, 163, 192, 221, 250, 302 y. . .
Necrologia. 28, 193, 223, 224, 251, 280 y 303
Notas. 28, 55, 84, 112, 139, 168, 195, 252, 280, 306 y . . 331

CRONICA MEDICA MEXICANA

Indice alfabético por autores.

Dr. Abogado E. L.—Prólogo. 1
» « » »—Algunas consideraciones clínicas sobre Apendicitis. 21 y. . 40
» » » »—*Bibliografía* 26
» » » »—Un recuerdo al Dr. Carlos Tejeda Guzmán 28
» » » »—La Fiebre Amarilla y el Suero Calmette 41
» » » »—La Alcaloidoterapia y los Neurasténicos. 69
» » » »—Medicamentos y Comercio indebido 79
« » » »—*Gripa*. Iniciación benigna y resultados fatales. 100 y . . 126
» » » »—El tratamiento de la Fiebre Amarilla en Mérida 103
» » » »—Una preparación Farmacéutica Nacional. Elixir Antiviperino. 104
» » » »—*Bibliografía* 136
» » » »—Diamenorrea esencial espasmódica. Su tratamiento. . . . 158
» » » »—«En todas partes cuecen habas» 119
» » » »—Litiasis renal. Su tratamiento 184
» » » »—Amigdalitis aguda flegmonosa. Su tratamiento. 215
» » » »—*Necrología*. Los Dres. Angel Contreras y F. Marín . . . 224
» » » »—*Artritismo-Herpetismo*. Breves notas 244
» » » »—*Bibliografía* 250
» » » »—*Necrología*. El Dr. Angel Contreras. 251
» » » »—Las Entero-Colitis y su tratamiento. 275 y. 298
» » » »—*Bibliografía* 302
» » » »—La Medicación sulfurada. Ampliación de sus indicaciones. . 327
Dr. Anda Melesio de.—Parto espontáneo en presentación de hombro 12
» » » »—*¡Operar!* Extracción innecesaria de la placenta. . . . 67
» » » »—*Tétanos*. Suero antitetánico. Curación 297
Dr. Bosque Enrique.—Revista de la Prensa Médica Extranjera 248
Dr. Bulman Francisco.—Exhumación de médicos célebres. Rembert Dodoens. . 189
Dr. Calvillo Leopoldo.—Revista de la Prensa Médica Extranjera. 24 y. . . . 109
Dr. Carracido José.—La complejidad farmacológica en la prescripción médica. 217, 241 y. 272

Págs.

Dr. Contreras Angel.—Curación de las heridas. Lección inaugural del curso de Clínica Externa. Puebla. 57
Dr. Fernández Ibarra Agustín M.—(New York). La dosis como factor variable en Terapéutica 15
» » » »—Kola, Coca y Fosfatos de cereales 95
» » » »—El tratamiento moderno de la Fiebre Amarilla. 153
» » » »—La falacia del Mosquito en la Fiebre Amarilla. 234, 257, 281 y 307
Dr. Ferrúa Joseph.—Contribución á la patología de la Anemia 253
Dr. García Daniel.—Algunas consideraciones sobre la anatomía y fisiología del Ciego y el apéndice cecal. 113 y 141
Dr. Godoy Alvarez Manuel.—Consideraciones sobre la anatomía y fisiología del apéndice vermiforme 197
» » » »—*Hernias.* Su curación radical 169
» » » »—*Necrología.* Mikulicz 223
» » » »—Algunas palabras sobre la cura operatoria de la Hernia crural 269
Dr. Gutiérrez Heladio.—Algo de Cirugía en sus relaciones con la Fisiología. 263 y 323
Dr. Iglesias Manuel S.—*Necrología.* El Sr. Dr. Narciso del Río 193
Dr. Lamicq Eduardo.—El régimen en las enfermedades. 3, 62 y. 85
Dr. Landa Everardo.—Revista de la Prensa Médica Extranjera. 132 y. 162
Dr. Larios Jesús T.—Caquexia palúdica. 201 y. 225
Dr. Méndez Benjamín.—*Dipsomanía.* Tres observaciones. 259
Dr. Méndez Estrada.—Diagnóstico del Cáncer del estómago 207
Dr. Mendoza José G.—Curiosidades clínicas 39
Dr. Norma Rafael.—Mortalidad, Natalidad y Puericultura. 47, 72 y 105
Dr. Pagenstecher G.—Un caso de sección cesárea por ruptura uterina. Utero doble ó didelfo. 177 y. 211
Dr. Padilla Aurelio.—*Necrología.* El Sr. Dr. D. Fortunato Arce 303
Prof. Puente Enrique G.—Breves consideraciones sobre las Tinturas. 130
Dr. Romero J. Francisco.—El Impaludismo como intoxicación por el Plasmodium Malariæ 29
» » » »—Receptividad palúdica. Inmunidad. Accidentes perniciosos. 91 y. 121
» » » »—Paludismo. Profilaxia y Tratamiento. 149
» » » »—Amigdalitis tuberculosa terminada por Meningitis tuberculosa sobreaguda 172
» » » »—Idiosincracias Anti-quínicas 231
Dr. Rosas José Mª.—Un caso de envenenamiento por mordedura de Serpiente. Curación 301
Dr. Seidelin Harald.—Revista de la Prensa Médica Extranjera 278
Dr. Vargas Ambrosio.—Idioma Internacional «Esperanto» 111
SECCION OFICIAL.—Consejo S. de Salubridad é Informe de Veracruz . . . 78

CRONICA MEDICA MEXICANA

Con el presente número entra nuestra publicación en el octavo año de su vida, contra las pesimistas predicciones de muchos de nuestros apreciables compañeros, que, conociendo la dificultad de aclimatar en nuestro país una publicación científica sin el benévolo apoyo oficial, suponían, con probabilidades de acierto evidentemente, que sucumbiría pronto la CRÓNICA *falta de elementos de vida.*

La mayor parte de nuestros lectores sabe que, en efecto, en los comienzos de esta empresa, llegó un momento en que el periódico agonizó, permaneciendo un semestre en estado de muerte aparente. La indiferencia de muchos, que, sin duda alguna, no se formaron cabal juicio de las dificultades y tropiezos que hacen tan escabroso el camino de una empresa como la presente, hizo que estuviera á punto de zozobrar; pero el apoyo de la mayoría que estimó nuestro esfuerzo, si no por su escasa valía, sí por la buena voluntad que lo engendraba, no permitió que desapareciera un periódico que sólo ha tenido por objeto dar su contingente para la formación de la literatura médica nacional, recogiendo empeñosamente por doquiera los trabajos y observaciones de todos los médicos que forman el Cuerpo Médico Mexicano.

La CRÓNICA, *sin embargo, está muy lejos aún de haber llegado á la hermosa meta á que desea llegar: sin grandes elementos, todavía no ha logrado implantar las reformas y las mejoras que ambiciona; pero abrigamos, cada día con más fe, la ilusión de tener en un porvenir no lejano una publicación que pueda rivalizar con algunas del extranjero, como la «Revista Ibero-Americana de Ciencias Médicas,»*

el «Journal of the American Medical Association,» algunas de Buenos Aires, etc., etc.

LABOR OMNIA VINCIT *afirma el antiguo adagio, y los hechos confirman la realidad del aforismo. El esfuerzo perseverante que hemos tenido y procuraremos sostener en lo sucesivo, y el esfuerzo de los que nos sucedan cuando termine nuestra jornada, esperamos logren dar á nuestra querida patria un periódico médico que, al lado de los muy honorables é ilustrados ya existentes, contribuya á dar á México el lugar intelectual que se merece ya, dando á conocer las producciones de sus hijos en el fecundo y extenso campo de la Ciencia.*

Tampoco han logrado nuestros empeños dar vida y animación á varias de las secciones que consideramos de un interés notorio, como la del Cuestionario Médico, que tanto se estima en el exterior; pero no desistimos del propósito, y en el presente año le consagraremos especial atención. Procuraremos, asimismo, recabar de los facultativos dedicados con especialidad á determinado ramo de la Medicina, favorezcan las secciones de la CRÓNICA *que han sido hasta hoy casi olvidadas, como la Bacteriología, la Estadística, la Oto-Rino-Laringología, etc.*

Para concluir, seanos lícito aprovechar esta ocasión para desear á nuestros lectores, colectiva é individualmente, un año próspero y feliz, y en que el ejercicio profesional sólo tenga para ellos las nobles satisfacciones que proporciona la misión altruista de aliviar los dolores de la Humanidad.

Dr. E. L. Abogado.

TOMO VIII. MÉXICO, ENERO 1º DE 1905. NÚM. 1.

CRONICA MEDICA MEXICANA

REVISTA DE MEDICINA, CIRUGIA Y TERAPEUTICA

(ESPECIALMENTE ALCALOIDOTERAPIA Y SEROTERAPIA)

—Y—

ORGANO DEL CUERPO MEDICO MEXICANO.

DIRECTOR PROPIETARIO

DR. ENRIQUE L. ABOGADO,

Miembro correspondiente de la «Societé Obstétricale de France, París» y honorario de la «Societé de Thérapeutique Dosimétrique de París.

JEFES DE REDACCION:

Dr. Barreiro Manuel.—Rx-Jefe de Clínica de Obstetricia de la E. N. de Med.

Dr. Duque de Estrada, Juan.—Profesor adjunto de Obstetricia de la E. N. de Med.

Dr. Mejía, Demetrio.—Profesor de Clínica Interna (3er. año) de la E. N. de Med.

Dr. Suarez Gamboa, Ricardo.—Cirujano del Hospital *Morelos*.

Dr. Vasquez Gomez, Francisco.—Profesor de Patología Externa de la E. N. de Med.

Dr. Zarraga, Fernando.—Profesor adjunto de Obstetricia de la E. N. de Med.

Sres. Dres. Manuel Carmona y Ramon Reynoso.—Sección de Medicina y Cirugía Dental.

Prof. Juan B. Calderon.—Preparador de Farmacia é Hist. de Drogas de la E. N. de Med.

Prof. Jose de la L. Gomez.—Sección de Medicina Veterinaria.

SECCION V.

EL REGIMEN DE LAS ENFERMEDADES

(Trabajo leído en la segunda Conferencia de la Sociedad Médica «Pedro Escobedo,» el día 23 de Diciembre de 1904, en el Salón de Actos de la Escuela Nacional de Medicina, por el DR. EDUARDO LAMICQ.)

La ciencia médica no tiene más objeto ni otro fin que la curación del enfermo; objeto y fin que, ciertamente, no puede ser más útil ni más grandioso, y al que, como era natural, la Humanidad, en todo tiempo y en todas partes, ha dirigido sus más poderosos esfuerzos. Y sin embargo, á pesar de que con verdadera abnegación los hombres más eminentes de todas las épocas han tratado siempre de conseguir ese fin, ¡cuán pocos son hasta hoy los resultados definitivos que se han alcanzado! y aun éstos, si se exceptúan los que en estos últimos años nos ha dado la Bacteriología, se han debido, por lo común, al empirismo ó la casualidad, como ha pasado con la curación de la sífilis y la del paludismo, por ejemplo. ¿Cuál es, pues, el vicio de que adolece la ciencia médica, ó cuál es la causa que ha, por decirlo así, inutilizado todos esos laudables esfuerzos? ¿Por qué mientras las demás ciencias sorprenden todos los días á la Humanidad con sus portentosos descubrimientos, la Medicina permanece aún tan pobre en resultados positivos, aunque muy rica en observaciones, experiencias é investigaciones de todas clases? Ciertamente que la Cirugía, desligada desde hace tiempo de toda teoría, y tomando siempre por guía en sus intervenciones á la Naturaleza, imitándola y ayudándola en sus esfuerzos curativos (adhesión de los labios de la herida, apertura de las colecciones purulentas, eliminación de tejidos necrosados, etc.), ciertamente, decía, esta rama de la ciencia médica ha avanzado ya con paso seguro y rápido; y la Bacteriología,

de creación relativamente moderna, ha logrado ya, utilizando la reacción del organismo y aprovechando los productos de esa reacción (antitoxinas, etc.), obtener la curación de algunos padecimientos, y aun evitarlos por medio de vacunas preventivas, fundándose siempre en la reacción orgánica. Pero la Medicina propiamente dicha, ¿por qué no avanza con esa misma rapidez? Es indudable que varias causas influyen en este retardo; pero, á mi modo de ver, la principal es que ella se ha separado de la Naturaleza, única fuente de toda verdad y base fundamental que Hipócrates, el gran fundador de la Medicina, le había dado, pero la que, desgraciadamente, sus sucesores no tardaron en abandonar, quedando desde entonces la Medicina sujeta al capricho y á las diversas teorías que en los distintos tiempos han dominado á esta ciencia, originándose así esas medicaciones muchas veces absurdas y frecuentemente opuestas entre sí; medicaciones opuestas que, sin embargo, en virtud del absurdo principio *post hoc ergo propter hoc*, han sido ambas proclamadas como eficacísimas contra el mismo proceso; así, mientras que unos recomiendan, por ejemplo, en la neumonía sangrar abundantemente á todos los enfermos, otros, por el contrario, recomiendan tonificarlos; en unos tiempos domina el método contraestimulante, en otros el alcohol, la quina, etc.; unos recomiendan combatir todos y cada uno de los síntomas y otros, por el contrario, recomiendan la espectación. Todos afirman que se obtienen mejores resultados con su método que con los demás, y el investigador que busque la verdad en esos estudios, tiene que quedar en la duda más completa y resolver que la verdad es que todavía en la actualidad no hay un tratamiento verdaderamente eficaz para esa enfermedad; y el médico á la cabecera del enfermo tendrá aún que atenerse á su propia iniciativa, y utilizar las investigaciones científicas según su propio criterio, por carecer de una brújula que lo guíe siempre y con seguridad por el buen camino y hacia el fin apetecido, que es la curación del enfermo. La misma confusión se encuentra en casi todos los demás procesos, por no querer ni saber apreciar las indicaciones de la naturaleza.

Pero no sólo se desprecian estas indicaciones, sino que se ha llegado hasta pretender establecer como un principio el que, en el estado patológico, hay que combatir todas sus manifestaciones, con lo que naturalmente se dificulta y en muchos casos se nulifica la fuerza medicatriz de la Naturaleza. Ya en estudios anteriores he tratado de poner de manifiesto lo nocivo de esta idea, demostrando que, cuando menos, todos los síntomas reflejos ó reacciones son útiles para el enfermo, y que, en consecuencia, no deben ser combatidos. En el presente trabajo me propongo demostrar que las manifestaciones ó indicaciones de la Naturaleza respecto al régimen en las enfermedades, son igualmente útiles, y que, lejos de ser contrariadas, como generalmente se hace, deben ser, por el contrario atendidas y obedecidas en bien del enfermo.

Es indudable que el régimen ó plan dietético que sigue un enfermo, tiene muchas veces una influencia casi decisiva en el resultado del proceso; es, pues, importantísimo que el médico, al establecerlo, sepa bien lo que hace, pues sólo así ayudará ó favorecerá la curación del enfermo. Y sin embargo, en la actualidad es casi imposible para el médico, por más instruído que se le suponga, el establecer en cada caso el plan dietético más conveniente ó contestar á la pregunta que frecuentemente se le hace por las familias acerca de si convendrá que el enfermo tome tal ó cual guiso á que está acostumbrado ó le agrada ó que ellos creen muy bueno en esa enfermedad. En efecto, en los métodos actuales se pretende que el régimen se funde en el conocimiento de la com-

posición química de cada alimento (carbono, ázoe, etc.), en su grado de digestibilidad, estado y funcionamiento del estómago del paciente, etc., etc. Ahora bien, es necesario considerar la cantidad innumerable de guisos que hay,[1] el que en cada uno de ellos entran diversas substancias y condimentos, en las modificaciones que esas substancias sufran por su mezcla y manera de confeccionarlo, etc. Después hay que considerar cómo será recibido por el enfermo, es decir, conocer su acción sobre el estómago y el organismo del paciente, teniendo en cuenta sus costumbres, idiosincracias y, sobre todo, las modificaciones que la enfermedad de que se trate origine en el funcionamiento de ese organismo; y por último, establecer con todos esos datos, y previo un diagnóstico exacto de la enfermedad, un plan dietético de acuerdo con la teoría reinante ó con la opinión de algún maestro respetable, la que en último análisis está tal vez en oposición con la de otro maestro igualmente respetable. Como se ve, este método, á pesar del conjunto, casi imposible, de conocimientos que exige, no presenta una base sólida, pues en definitiva no tiene más fundamento que la opinión, más ó menos autorizada, acerca de si son ó no convenientes tales alimentos en tal enfermedad; opinión que cambia con las épocas, con la teoría que la originó, etc. Así, por ejemplo, en el tifo, en un tiempo se recomienda la dieta rigurosa: en otros, por el contrario, alimentar fuertemente; en la gota, en un tiempo se recomienda el régimen vegetal: en la actualidad, se encuentra en boga en Inglaterra el régimen azoado absoluto, y estas mismas divergencias y contradicciones se encuentran en casi todos los demás procesos. Y sin embargo, como decíamos, es importantísimo para el resultado del proceso el establecer un buen plan dietético. ¿Quién será capaz de indicarnos con seguridad en cada caso lo que convenga? Sólo la Naturaleza es capaz de hacerlo. Y en efecto, ella lo hace: toda la dificultad está en saber observarla. Ella indica, por medio del apetito, lo que conviene ó no en cada caso, y guiándose por él, él médico podrá siempre establecer el régimen conveniente, pues, como se va á ver, las investigaciones científicas demuestran que el organismo tiene repugnancia por todo aquello que, sea por el estado en que está su aparato digestivo ó por otra causa, no podrá ser digerido y asimilado convenientemente, ó que, en caso de serlo, será nocivo; y que, por el contrario, apetece todo aquello que, además de ser en ese caso digerible, será útil y aun necesario para el enfermo.

Pero hay que diferenciar los deseos que pudiéramos llamar instintivos de los ficticios ó imaginativos: ó sea entre lo que pide el instinto (que es lo útil) y lo que pide sólo la imaginación caprichosa y frecuentemente desarreglada en el estado patológico. De los caracteres que puedan servirnos para hacer esta diferenciación, señalaré desde luego los dos siguientes: 1º. El deseo instintivo ó natural es *constante*, es decir, lo encontramos en todos ó en casi todos los casos de esa enfermedad, por ejemplo, la sed en la calentura, mientras que el imaginativo es especial á ese caso y no es raro que si accedemos á él lo vemos desaparecer inopinadamente á los primeros bocados y aun antes. 2º. El deseo instintivo se refiere á alimentos simples que son los que proporciona la Naturaleza y no á guisos más ó menos complicados en cuya confección entran diversas substancias; pues las leyes de la Naturaleza son para el estado natural y los guisos son producto artificial de la civilización, y ciertamente sería muy raro que todas y cada una de las substancias que entran en su compo-

1 Hay diccionarios de cocina que contienen miles de fórmulas de guisos.

sición fueran todas útiles para la misma enfermedad. Es necesario, sin embargo, tener en cuenta las costumbres, las que como justamente se ha dicho «forman una segunda naturaleza»; así en el alcohólico inveterado el deseo de tomar licor durante su enfermedad puede ser considerado como instintivo aun cuando se trate de un producto industrial y aun cuando este deseo ciertamente no se encuentre en los demás pacientes de esa enfermedad. Pero estas excepciones aparentes no hacen más que confirmar la regla; pues en efecto, si en estos casos hay ese deseo, es porque el organismo ya habituado al alcohol lo necesita para su buen funcionamiento. En resumen: el deseo instintivo ó natural lo encontramos en todos ó en casi todos los casos de una misma enfermedad y se refiere á substancias ó alimentos naturales, como por ejemplo, frutas, carnes, agua, dulce, etc., y es este apetito intintivo el que indica la alimentación que conviene al enfermo.

Como no sería posible en un trabajo como éste estudiar sucesivamente cada una de las enfermedades en lo relativo á su régimen para demostrar así la verdad de la ley asentada, me limitaré á estudiarla por grupos formados por padecimientos análogos ó de la misma víscera y sólo trataré aisladamente aquellas enfermedades en las que el régimen tiene ó se le ha atribuído mayor importancia, sobre todo si el señalado no está de acuerdo con la ley natural.

Comenzaremos por el estudio de los padecimientos agudos con reacción febril bien marcada. De una manera general lo que domina en estos enfermos es la inapetencia y la sed. Así, pues, el apetito instintivo no pide en estos enfermos alimento, pero en cambio, solicita agua en abundancia. En la actualidad, generalmente se recomienda contrariar todo eso, pues sin considerar que lo que fortalece, no es precisamente lo que se ingiere, sino lo que se digiere y asimila, se recomienda con el pretexto de combatir la debilidad, alimentar fuertemente al enfermo; así al tifoso, por ejemplo, se le dará bastante jugo de carne, buen vino, etc., y en cambio se le escatimará el agua que con tanta vehemencia pide el pobre enfermo. ¿En dónde está la verdad? ¿Debemos obedecer las indicaciones de la Naturaleza ó la opinión de algunos ó de muchos maestros respetables? Desde luego haré notar que contra la opinión de esos maestros hay la de otros, cuya autoridad es indiscutible; así, respecto al alimento, Hipócrates con ese talento observador que todavía no ha podido ser igualado en la ciencia médica, notó que el alimento es nocivo al febricitante, como puede verse en el aforismo 65, sección VII, que dice: «El alimen« to dado á un febricitante cuando está convaleciente, le vigoriza; empero, si « está todavía enfermo, agrava el mal.»[1] Y esta opinión del padre de la medicina ha sido corroborada y aceptada universalmente por los grandes médicos de la antigüedad. En comprobación de esto voy á permitirme el copiar los siguientes párrafos de la notable obra del Dr. Tissot:[2]

§ 19. «Cuando hay calentura el estómago no digiere: todo lo que se co« me se corrompe, y viene á ser un principio de putrefacción, que en vez de « aumentar las fuerzas del enfermo, agrava la enfermedad; y así todo lo que « se toma se convierte en un verdadero veneno que destruye las fuerzas como « lo prueban mil ejemplos. Aquellos infelices, á quienes se obliga tomar ali-

1 Aforismos y Pronósticos de Hipócrates. Traducción de José Arce y Luque.—Madrid, 1847; p. 152.

2 Tissot.—Tratado de las enfermedades más frecuentes de las gentes del campo.—Trad. p. J. C. Xiorro.—1778, p. 42.

« mentos pierden sus fuerzas y se ponen acongojados y delirosos al paso que « lo toman.»

§ 20. «No sólo se les perjudica con la cantidad del alimento, sino también « con su calidad. Les hacen tomar caldos muy substanciosos, huevos, bizco- « chos, y aun carne si tienen fuerzas y espíritu para mascarla; por lo que es « preciso que absolutamente se postren con el peso de tantas cosas nocivas. « Si á un hombre sano se le da carne corrompida, huevos podridos ó caldo « echado á perder, le vienen accidentes violentos, como si hubiese tomado un « veneno y esto es positivo; le vienen vómitos, desasosiego, una diarrea exce- « siva, calentura, delirio y manchas petequiales. Cuando á un calenturiento se « le dan estos alimentos bien acondicionados, el calor y las materias corrom- « pidas que contiene ya en su estómago, los corrompen en breve y á pocas ho- « ras producen todos los efectos referidos. ¿Quién puede tenerlos por conve- « nientes?»

§ 23. «En esta propensión á encender, secar y alimentar á los enfermos, « lo más horrible es que semejante método se opone del todo á lo que indica « la Naturaleza. El fuego y ardor de que se quejan; la sequedad de la piel de « los labios, lengua y fauces; lo encendido de las orinas; el ansia con que ape- « tecen cosas frescas, lo que éstas les recrean y el beneficio que experimentan « con el aire fresco, son señales que á gritos nos dicen que debemos refres- « carlos con cuantos medios son imaginables. El tener la lengua puerca que « prueba que su estómago está del mismo modo, el hastío, los conatos de vó- « mitos, el horror que tienen á los alimentos y principalmente á la carne, el « hedor de su aliento y de los flatos que expelen y comunmente el de sus cur- « sos, demuestran que todo su interior está lleno de materias pútridas que co- « rromperán cuantos alimentos tomen y que todo lo que hay que hacer es di- « luir estas materias con las bebidas refrigerantes en abundancia, las cuales « las disponen á evacuarse con facilidad. Vuelvo á decir y deseo que se pon- « ga una grande atención que cuando el gusto es amargo ó pútrido, cuando « hay hastío ó el alimento es malo, cuando hay calor y calentura, cuando los « cursos son fétidos y las orinas encendidas ó en corta cantidad, la carne, « los caldos, los huevos, todo aquello en que éntre una ú otra cosa de éstas, « la triaca, el vino y todas las cosas cálidas son verdaderos venenos.

§ 24. «Al público y á algunos médicos les parecerá que exagero; pero los « médicos instruídos, los verdaderos médicos, aquellos que observan los efec- « tos de cada cosa, hallarán al contrario, que en vez de exagerar expongo dé- « bilmente su opinión que es la de todos los buenos médicos, después de más « de dos mil años; aquella que aprueba la razón y confirma la experiencia. « Los errores que acabo de impugnar cuestan millones de hombres á la Eu- « ropa.»

Hubiera deseado transcribir aquí los demás párrafos que relativamente á este asunto trae la obra citada del Dr. Tissot, por ser todos ellos de gran interés; pero el temor de hacer demasiado extenso este trabajo me obliga á limitar mi cita á los ya apuntados, bastando ellos para demostrar que la opinión de Hipócrates, después de más de 2,000 años, como lo dice Tissot, se mantenía aún en ese tiempo como siendo la expresión de la verdad; no ha sido sino en épocas más modernas que se ha sostenido la opinión contraria. En la actualidad parece que se vuelve ya á la opinión de Hipócrates, aunque sin el exclusivismo que tenía. En efecto, en su reciente tratado sobre el régimen

Gautier[1] con gran sentido clínico, dice que en los padecimientos febriles agudos hay que guiarse por el apetito del enfermo, pues si bien la regla general es la inapetencia en ellos, hay, sin embargo, casos, principalmente en los jóvenes y sobre todo en los niños, en los que sobreviene hambre acompañada de perturbaciones circulatorias, depresión del pulso y descenso de la calentura; y en esos casos aconseja alimentar al enfermo, con lo que, como es natural, estoy enteramente de acuerdo, pues es precisamente lo que vengo sosteniendo: que hay que obedecer las indicaciones que hace la Naturaleza por medio del apetito instintivo. Pero dejemos las opiniones, pues éstas, como decíamos, por el solo hecho de serlo, no pueden proporcionar una base sólida para la verdad; veamos lo que dicen las investigaciones científicas más modernas, las experiencias que se han hecho; veamos, en una palabra, los hechos, pues éstos, si son datos positivos, nos dirán dónde está la verdad.

El alimento para ser útil, necesita ser digerido y asimilado. En la digestión, como es ya bien sabido, intervienen las secreciones digestivas y la motilidad gástrica, y una vez digerido se hará su absorción. Ahora bien, de las investigaciones hechas resulta que todos estos tres factores: secreción, motilidad y absorción, se encuentran grandemente alterados en los padecimientos agudos febriles. Así, respecto á las secreciones, lo que caracteriza al jugo gástrico y le da facultades digestivas son sus fermentos y el ácido clorhídrico. Ahora bien, respecto á los primeros, Beaumont y Mannasein[2] encontraron que la reacción febril suspende por completo la presencia de los fermentos peptonizantes en el estómago. En cuanto al ácido clorhídrico, Gluzuski[3] encontró que en los padecimientos febriles agudos, el líquido de la comida de prueba no contiene ácido clorhídrico libre como lo hay normalmente, y que, además, ha perdido su poder digestivo; el que reaparece sólo al desaparecer la pirexia. Ewald, Uffelmann, Sassescki y algunos otros habían ya también señalado la debilitación notable del poder digestivo del jugo gástrico de estos enfermos, y cosa digna de fijar nuestra atención, en los padecimientos crónicos aun cuando sean febriles, como la tuberculosis por ejemplo, no siempre pasa lo mismo, según lo observado por el mismo Gluzuski. Así, pues, en estos febricitantes, la secreción gástrica no tan sólo se encuentra disminuída, como por lo demás lo están entonces todas las secreciones del aparato digestivo (sequedad de la boca, constipación, etc.), sino que además su poder digestivo es nulo ó casi nulo. Respecto á la motilidad gástrica, se encuentra también notablemente debilitada en estos casos, como lo demuestran las investigaciones de Klemperer.[4] Y por último, la absorción gástrica en el febricitante ha sido estudiada por Incifel y Sticker,[5] los que la encontraron grandemente retardada; notando además el último, que la absorción está en razón inversa de la hipertermia, pues aumenta cuando ésta disminuye y al contrario. En resumen, vemos que todas las investigaciones científicas demuestran que en el febricitante la absorción, la motilidad y las secreciones gástricas, están notablemente disminuídas, y estas últimas tan alteradas que han perdido su poder digestivo. Así, pues, si el médico, contrariando las indicaciones de la naturaleza, obli-

1 A. Gautier.—L'Alimentation et les régimes chez l'homme sain et chez les malades.—1904, p. 464.

2 «Le Correspondant Médical.»—1898, Junio, p. 5.

3 A. Robin.—Les maladies de l'estomac.—1904, p. 996.

4 «Semaine Médicale.»—1899, p. 37.

5 A. Robin, loc. cit.

ga á estos enfermos cuando están inapetentes á ingerir alimento, sólo conseguirá provocar trastornos digestivos y la producción de diversas ptomainas por la descomposición del alimento ingerido, sin que por esto se haya combatido su debilidad como se pretende, pues el alimento que no ha sido digerido no puede ser asimilado. Por lo demás, cuando el alimento es necesario el apetito reaparece, como lo hace notar Gautier, y el alimento sí será entonces aprovechado. Como se ve, la inapetencia del febricitante se encuentra justificada por el estado que guarda su función digestiva, la que, como hemos visto, casi está suprimida en ellos. Como lo indica, pues, su apetito instintivo, la abstinencia debe de ser para ellos la regla. Sin embargo, la abstinencia completa sólo es posible en las enfermedades de corta duración, así es que sólo en ellas, ó cuando haya intolerancia gástrica, ó durante las exacerbaciones se establecerá la abstinencia absoluta; fuera de estos casos, creo que se les puede ministrar siguiendo siempre las indicaciones de la Naturaleza, algunos líquidos más ó menos alimenticios; pues se nota que, en general, hay por ellos menos repugnancia que por los sólidos, cuando menos mientras no se ha abusado de ellos.

En cuanto á la sed, ya Landouzy, Lichthein y otros han protestado contra lo que han llamado *la sistemación de la sed* en los febricitantes, y recomiendan se les dé de beber abundantemente. Maillart[1] deduce de sus investigaciones clínicas que es muy útil darles á estos enfermos agua en abundancia (5 ó 6 litros diarios), pues ha notado que de esta manera se mejoran las secreciones, como se ve por la diminución de la sequedad de la boca, la de la piel, etc.; que se moderan los fenómenos nerviosos y los circulatorios, reforzándose la contracción cardíaca, lo que es muy importante, sobre todo cuando hay colapsus; que la función renal también se hace mejor, desapareciendo muchas veces con rapidez la albuminuria, y, lo que es más importante aún, se favorece la disolución y la eliminación de las toxinas, sea por el riñón (diuresis), sea por la piel (diaforesis); y por último, se favorecen ó aumentan las combustiones. El aumento en la eliminación de las toxinas por la orina, ha sido comprobado por los estudios comparativos hechos en los tifoideos por Ingelrans y Dehon,[2] pues encontraron que la toxicidad urinaria es mayor en los que han tomado grandes cantidades de agua, que en aquellos en los que se ha escatimado este líquido. En cuanto al aumento de las oxidaciones, ha sido comprobado por Robin,[3] pues ha encontrado entonces mayor cantidad de urea y ácido fosfórico en su orina; que esto es útil, lo demuestran las mismas investigaciones de Robin y de algunos otros. Sabemos, en efecto, que la fiebre no se debe únicamente al aumento de las oxidaciones, sino también, y principalmente, á hidrataciones y desdoblamientos; y que los productos ó residuos de las oxidaciones son más solubles y fáciles de eliminar que los de los desdoblamientos é hidrataciones. Desde luego se comprende, pues, que es preferible que la hipertermia se deba al aumento de las oxidaciones, cuyos residuos se eliminarán con más facilidad, lo que, como se dijo, se consigue con la ingestión de agua en abundancia.

En resumen, vemos que en los febricitantes se deben de obedecer las indicaciones del organismo, y no empeñarse en darles alimentos que no apetecen y que no podrán digerir, y sí proporcionarles el agua que desean, y que

1 *Semaine Médicale.* 1894. Pág. LXXIV.
2 *Semaine Médicale.* 1901. Pág. 391.
3 Periód. cit. 1886. Págs. 499 y 521.

les servirá para favorecer las oxidaciones, restablecer sus secreciones, reforzar la contracción cardíaca, moderar los fenómenos nerviosos y circulatorios, y, sobre todo, para favorecer la eliminación, principalmente de las toxinas, las que, como sabemos, constituyen el mayor peligro para el enfermo.

Tal vez me he extendido demasiado en el estudio de los padecimientos febriles agudos; pero la importancia de este numeroso grupo lo exigía así; en los siguientes grupos, formados con las enfermedades propias á cada víscera, seré menos extenso, sin por esto dejar de decir lo necesario. Comenzaremos por las del estómago.

Las enfermedades de esta víscera las dividiremos para su estudio en *agudas* y *crónicas*, y estas últimas las subdiviremos á su vez, según que se acompañen de hiperclorhidria ó de hipoclorhidria.

En los padecimientos agudos del estómago (indigestión, embarazo gástrico y gastritis catarral, flegmosa y tóxica) hay fuerte inapetencia, náuseas y vómitos; es decir, el organismo no quiere alimento, y si, á pesar de esto, se le da, no tarda en arrojarlo, sin haber sufrido la digestión. Las modernas investigaciones nos dan la razón de todo esto. Así, Ewald, en tres casos de indigestión, en los que buscó el ácido clorhídrico, no lo encontró, y en la gastritis observó la misma ausencia de ácido, y, más aún, que adicionado el líquido gástrico de esos enfermos con ácido clorhídrico, ni aun así ese líquido digería la albúmina y la fibrina, sino lenta é incompletamente. Por lo demás, los estudios de Histología patológica señalan en estos casos tales lesiones en las glándulas gástricas, que desde luego se comprende que no hay que contar con su secreción normal. Además, no hay que olvidar que en la gastritis la hipersecreción mucosa es abundante, y que estas mucosidades, envolviendo el alimento, lo aislan, haciéndolo así inatacable á los líquidos digestivos, aun suponiéndolos perfectamente normales. Así, pues, el alimento que penetre á estos estómagos no será digerido, y, en consecuencia, no podrá ser asimilado y utilizado por el enfermo; en cambio, las fermentaciones anormales, no estando ya detenidas por el ácido clorhídrico, se desarrollarán en él; los microbios proliferarán y elaborarán toxinas, cuya absorción irá á agravar la situación. Se ve, pues, que la repugnancia que tienen estos enfermos por el alimento, es justificada, puesto que el alimento que ingieran no podrá ser utilizado, y en cambio irá á excitar la mucosa gástrica, á impedir la quietud ó descanso del órgano enfermo y á ser una fuente de producción de toxinas, etc., cuya absorción no puede menos de ser nociva.[1]

Las enfermedades crónicas de esta víscera las estudiaremos, como se dijo, según que se acompañen de hipoclorhidria ó, por el contrario, de hiperclorhidria. En las primeras, la hipoacidez puede ir hasta la anaclorhidria. Ahora bien, conocido es ya el papel importantísimo que desempeña el ácido clorhídrico en la digestión de la carne y de los albuminoides en general. Así es que, si, como trato de demostrar en este trabajo, el organismo indica, por medio del apetito, la alimentación que le conviene, estos enfermos no apetecerán los albuminoides. Y ciertamente, eso es precisamente lo que se observa en estos casos. Así, por ejemplo, en el catarro gástrico, tan frecuente en los bebedores de alcohol, esta modificación del apetito es tan marcada, que los cantineros la conocen bien ya de tiempo atrás, adaptando á ella la composición del *lunch* de que se sirven para atraerse la clientela. En efecto, en estos *lunch*

1 *Traité de Médecine.* 1892. Tomo 3º, pág. 300.

casi siempre se encuentran ensaladas con vinagre, aceitunas, chiles y otros encurtidos, huacamole, algún guiso con salsa picante ó, á lo menos, fuertemente condimentada, mostaza; en una palabra, alimentos que necesitan poco ácido para su digestión (vegetales) ó que lo llevan ya (vinagre) ó que excitan la secreción del jugo gástrico (épicés). Esto nos explica por qué el alcohólico que en su casa no prueba casi la comida, en cambio come con bastante apetito el *lunch* de la cantina, y es que su organismo necesita de alimentos que él pueda digerir, y no de alimentos que, aunque tal vez más nutritivos, no podrán ser digeridos, por el estado que guardan las secreciones de su estómago.

Esto mismo se observa en los demás padecimientos que se acompañan de hipoclorhidria; y cuando ésta llega á la anaclorhidria, como sucede en el cáncer gástrico, la inapetencia por la carne y demás albuminoides llega á la repugnancia; y si insistimos en que el enfermo los tome, le provocaremos indigestiones y trastornos que frecuentemente sólo terminan con vómitos que expulsan esas substancias, las que, no obstante haber permanecido algunas veces por varios días en el estómago, las vemos ser arrojadas sin haber sufrido digestión alguna. Este fenómeno es tan manifiesto, que se ha señalado como uno de los síntomas del cáncer gástrico la expulsión, por el vómito, de pedazos de carne sin digerir, á pesar de haber permanecido dentro del estómago por varios días. Se ve, pues, que en los hipoclorhídricos el apetito es lógico, pues sólo apetece aquellos alimentos que el enfermo podrá digerir, y rechaza los que no están en este caso.

En la hiperclorhidria, por el contrario, los albuminoides serán bien digeridos; así es que, conforme á nuestra regla, no debe de haber repugnancia por ellos en estos casos, y vemos que, en efecto, no tan sólo estos enfermos los apetecen, sino que constituyen para ellos la mejor alimentación. En efecto, se trata en estos casos de enfermedades de larga duración, en las que por consecuencia, cualesquiera que puedan ser los inconvenientes mecánicos, etc., que pueda tener la penetración de alimentos al estómago, hay que alimentar, so pena de que sobrevenga la muerte por inanición. La cuestión se reduce, pues, á ver qué clase de alimentos son los que menos dañan, y desde luego se ocurre que éstos serán los albuminoides, los que, siendo fácil y prontamente digeridos, permanecerán menos tiempo en el estómago. La experiencia prueba que esta es la verdad. Así, Lenhartz[1] ha tratado ya sesenta casos de úlcera redonda, alimentándolos con carne y huevos, y esto aun inmediatamente después de una hematemesis, y dice haber obtenido brillantes resultados, pues esta alimentación nunca provocó nuevas hemorragias, y con ella el dolor y el vómito desaparecieron siempre antes de tres días. Este método es, pues, preferible á la dieta láctea, pues sin presentar los inconvenientes de ella (dilatación, etc.), permite alimentar al enfermo mientras su úlcera cicatriza. Se ve, pues, que también en la hiperclorhidria el apetito instintivo indica la alimentación que más conviene al enfermo.

Los padecimientos intestinales los dividiremos también para su estudio en *agudos* y *crónicos*.

En los primeros (enteritis aguda, coleriforme, tifosa, diarrea verde, disentería, etc.), la inapetencia y vómito que los acompaña generalmente, indican desde luego que el organismo quiere la abstinencia. Para justificar ésta, no me detendré en señalar la gastritis que acompaña á estos padecimientos, y la

1 *Semaine Médical.* 1904. Pág. 24.

que por sí sola, según acabamos de ver, basta para justificarla, y no me detendré, porque ya la práctica ha aceptado dicha abstinencia en esas enfermedades (dieta hídrica). Por lo demás, desde luego se comprende que no sería cuerdo que, mientras el organismo trata de vaciar el aparato digestivo de su contenido más ó menos descompuesto é infectado (materia pecante), nosotros nos empeñáramos en hacer lo contrario, introduciendo nuevos alimentos, cebando, por decirlo así, esa fermentación, y obligando á seguir funcionando al intestino enfermo, el que, vaciado y en reposo, no tardaría en curar. En cuanto á la sed que acompaña á estos padecimientos, ella debe ser satisfecha, pues el organismo necesita de grandes cantidades de líquido para la evacuación del aparato digestivo, y si no se le proporciona, la toma de la intimidad misma de sus tejidos, como palpablemente se ve en las diarreas profusas (cólera, colerina, etc.), dando lugar esto á la condensación sanguínea y á la asfixia,[1] lo que viene á agravar la situación. Así, pues, la inapetencia y la sed son útiles en estos padecimientos.

(Concluirá.)

SECCION X.

OBSTETRICIA

PARTO ESPONTANEO EN LAS PRESENTACIONES DE HOMBRO.

He creído que tendría interés la publicación de dos observaciones personales de un hecho poco frecuente, según afirman las obras que he podido leer y que tratan especialmente de la materia. Refiérome á las presentaciones de tórax, y particularmente á las de hombro, terminadas por el parto espontáneo.

La primera observación data de hace tres años. Una noche fuí llamado por un apreciable compañero, para ver á una señora multípara, que estaba en trabajo á término desde hacía varias horas, y que, cuando fué llamado el compañero, tenía ya la procidencia. Los dolores se repetían con regular frecuencia, y las membranas se habían roto desde hacía largo rato. Tratábase de una presentación C.I.I. de hombro derecho, no muy encajada.

De común acuerdo determinamos intentar la versión podálica, y nos pusimos á la obra; pero el líquido amniótico agotado, la matriz contraída sobre el feto y el descenso de la presentación (aunque no muy marcado aún), fueron obstáculos contra los cuales en vano habríamos luchado. Convencidos de nuestra impotencia, nos retiramos á deliberar al otro extremo de la pieza, y, pocos momentos después de habernos separado de la enferma, una exclamación de ésta nos hizo acudir á su lado: el feto salía, doblado el cuello y aplicada la cabeza contra el tórax. Puerperio normal.

La segunda observación, que cuenta unos quince días, la hice en una primípara. Las condiciones eran las mismas, es decir, presentación de hombro, C.I.I. hombro izquierdo, ruptura de las membranas desde hacía, por lo menos, cinco horas; ligero encajamiento y dolores regulares. Creí deber comenzar por intentar la versión podálica, y así lo hice; pero en esta vez, como en

1 LAMICQ. Tratado de las enfermedades del aparato digestivo. Pág. 334.

la anterior, la falta absoluta de líquido y la consiguiente retracción de la matriz, pusieron valla á mis esfuerzos, no haciéndolo así el encajamiento, pues era tan ligero, que fácilmente pude pasar mi mano entre el cuello del útero y la espalda. Desistí, por tanto, de mi propósito, pero había sacado un fruto de mi tentativa: noté que la cavidad pélvica era amplia; que las partes blandas eran tan dilatables, que casi sin esfuerzo mi mano penetraba á la parte inferior del cuerpo uterino, y que durante las contracciones el tórax fetal avanzaba rápidamente á ocupar la dilatación hecha por mi mano. Esto, añadido á la observación de que el feto, aunque á término, no era muy voluminoso, me hizo esperar que no sería necesaria ninguna intervención ulterior, por lo cual avisé á los deudos que tal era mi parecer; pero que si transcurridas aproximadamente tres horas, no se verificaba el parto, sería preciso hacer la embriotomía.

El feto estaba muerto; pero aun estando vivo, en aquellas condiciones no podía elegir sino entre esperar la expulsión espontánea (con la cual, dicen los autores, no debe uno contar) ó recurrir á la embriotomía; es decir, por una parte la insignificante probabilidad de obtener un niño vivo, sin exponer á la madre á los inconvenientes y peligros de una intervención armada, digamos, y por otra la seguridad de la muerte del feto y grandes riesgos para la madre.

Estas consideraciones, fundadas en lo que había aprendido relativamente á las pelvis, guiaron mi conducta en este caso; conducta que habría estado muy lejos de seguir, ni de imaginar siquiera, ante otra primípara que me solicitó seis ú ocho días antes, la cual, con una primera presentación de vértice, estaba en trabajo desde hacía varios días; pero cuya vagina y vulva eran tan poco dilatables, que, á pesar de una episiotomía Eichelberg bilateral, todavía tuvo alguna dificultad para expulsar un feto vivo de mediano volumen.

Me retiré, pues, menos preocupado por lo que había hecho, que por lo que tendría que hacer en el caso de que mi previsión no se realizara; pero la incertidumbre no duró mucho tiempo: á las tres horas la expulsión se había hecho, en igual forma que en el caso anterior, sin notable desgarradura del periné, y siendo seguida de un puerperio normal.

Pesada carga es, por cierto, tomar una resolución como la que en este caso tomé, sin el apoyo de los maestros (ya que en lo que he podido consultar sobre el particular no he encontrado aconsejada la espectación) y sin la ayuda de un compañero que ilustre, disuada, ó, en último caso, comparta la responsabilidad. Sé que me he puesto en el caso de ser censurado por no acatar el *magister dixit;* pero tal censura sólo vendrá de quienes tomen por divino mentor, por guía infalible, lo que se lee en los libros y no lo que se lee en la Naturaleza. Esta es mi guía, y á demostrar sus inagotables recursos y la obligación en que estamos de respetar sus procedimientos, cuando la razón nos afirma que son correctos; de imitarlos y secundarlos cuando ella es impotente, ó de corregirlos en las rarísimas ocasiones en que á ello da lugar, á esto tiende este pobre trabajo, é igual fin me propuse en los «Apuntes obstétricos» que aparecieron tiempo ha en la CRÓNICA MÉDICA MEXICANA.

Por lo demás, la Estadística demostraría que no debe tenerse en tan poca cuenta la terminación espontánea del parto en las presentaciones de esta clase. Se asigna, en efecto, una relación de 1 por 125 entre estas presentaciones y la totalidad de las otras. Y esta cifra debe ser muy superior á la verdadera, si se atiende á que para la generalidad de los partos no es llamado el médico. En

efecto, la proporción en mi práctica durante diez años, es casi exactamente la indicada, pues el número de partos á que he tenido que asistir es muy próximo á 500, y cuento cuatro presentaciones de tórax: las que ahora refiero y las que constan en el trabajo citado.

Ahora bien, simplificando cálculos, mi práctica durante esos diez años equivale á la de un año en una población de 80 á 100,000 habitantes, y sería absurdo suponer que en esa cantidad solamente 500 partos hubiera en un año. Así es que la proporción tiene que ser muy inferior, tal vez de 1 por 500, si no más, pues casi puedo asegurar que no hubo en este tiempo otras presentaciones de tórax; que si las hubiera habido, ó yo las habría visto en las poblaciones donde no ha habido otro facultativo que yo, ó en donde los hay hubiera tenido noticia de ellas, pues acostumbramos llamarnos en casos difíciles y comunicarnos los casos raros que ocurren en nuestra práctica.

Volviendo al asunto y resumiendo. De cuatro presentaciones de tórax, dos han terminado por versión no espontánea ni practicada, sino sólo provocada por maniobras que, en suma, equivalen á simples excitaciones de determinadas zonas del músculo uterino, y dos por la flexión del tronco y expulsión del feto, sin cambio de la presentación; y en los cuatro casos ni la salud de la madre ha sufrido, ni siquiera el periné se ha desgarrado. ¿Debe contarse poco ó no debe contarse con el parto espontáneo en las presentaciones de tronco?

El conocimiento de la amplitud y dilatabilidad de las partes maternas, el del estado de las fuerzas de la paciente y la existencia ó falta de accidentes que pongan en peligro la vida de la madre (hemorragia, eclampsia, etc.), será lo que pueda indicarnos el camino que hemos de seguir. Y como, por una parte, estas presentaciones ocurren más á menudo en multíparas, en quienes, por consiguiente, está demostrada la suficiente capacidad de la pelvis, y la dilatación es más fácil y pronta; y por otra, los fetos que afectan tales presentaciones, ordinariamente son más pequeños, resulta de ahí un conjunto de circunstancias en virtud de las cuales no ha de ser raro que se presente el caso en que sea prudente (no siendo posible hacer la versión), esperar á que el parto se termine espontáneamente.

Tecolotlán, Octubre de 1904.

DR. MELESIO DE ANDA.

SECCION XVII.

TERAPEUTICA

LA DOSIS COMO UN FACTOR VARIABLE EN TERAPEUTICA.[1]

POR EL DR. AGUSTIN M. FERNANDEZ IBARRA.
RESIDENTE EN LA CIUDAD DE NUEVA YORK.
Miembro corresponsal de la Real Academia de Medicina y Cirugía, de Barcelona;
de la Academia Médico-Quirúrgica Española, de Madrid;
del Círculo Médico Argentino, de Buenos Aires, y de la Sociedad de Estudios Clínicos, de la Habana;
Biógrafo Médico de Cristóbal Colón;
ex-Cirujano del Ejército de los Estados Unidos; Subsecretario General Ejecutivo
del Primer Congreso Médico Pan-Americano;
Vicepresidente y Secretario General para todos los países
hispano-americanos en el próximo Congreso Internacional Americano
contra la tuberculosis, etc.

Parece imposible que hasta ahora el importante asunto de la diferencia de la acción terapéutica de la misma medicina con sólo cambiar el tamaño de la dosis, no haya recibido la cuidadosa atención que se merece. Cierto es que se hace mención de este influyente tema en *algunos* libros de texto de materia médica y Terapéutica; pero es tan someramente considerado, que pronto, muy pronto se olvida. Se han escrito también algunos tratados especiales sobre esta modificadora rama de la Terapéutica, los cuales no son generalmente conocidos; mas, sin embargo de eso, lo que se necesita son informes clínicos. En los hospitales debieran hacerse observaciones del asunto y publicarse el resultado que de ellas se obtuvieran; de este modo, tal vez, llegaríamos á comprender muchos casos de malos resultados, que, al parecer, no se explican, y de un número, no pequeño, de inesperadas curaciones.

Desde los tiempos más remotos, en la historia de nuestra profesión se sabía que ciertas drogas, administradas á grandes dosis, producen un efecto enteramente distinto al que dan origen esas mismas drogas, cuando se administran en pequeñas dosis. Un ejemplo de esta verdad incontrovertible es el muy traído y llevado consejo de Hipócrates para curar la locura: «Dése al enfermo —dijo él—una poción hecha con la raíz de mandrágora, en cantidad mucho más pequeña de la que se requiere para trastornar su cerebro.» Un distinguido y talentoso médico alemán, que fué un excelente observador á la cabecera del enfermo, y, por consiguiente, un clínico admirable; pero que, en mi opinión, por lo menos, era deficiente para raciocinar con lógica, propuso, hace poco más de un siglo, que se adoptara la errónea teoría, mal llamada LEY, de *similia, similibus curantur*. Había él observado clínicamente el hecho indubitable de que muchas drogas cambian por completo su acción terapéutica, cuando se administran en dosis mucho más pequeñas que las usuales ú oficinales, y tan sólo de esa premisa dedujo su impremeditada conclusión. Hoy en día, los partidarios de su sistema de curar, á los cuales incorrectamente se les llama *homeópatas*, habiendo sido con éxito atacados por ambos flancos, se han atrincherado ahora en una nueva teoría que titulan *de acción y reacción*. Dicen ellos, en substancia, lo siguiente: «que una droga produce en nuestro organismo cierta acción fisiológica, á la cual las fuerzas vitales naturalmente se oponen; que los medicamentos á grandes dosis aumentan *la acción* del *veneno* que

1 Este trabajo se ha publicado en inglés, francés é italiano.

llevan consigo; y, finalmente, que nuestra madre Naturaleza, cuando no se halla hostigada por una cantidad de medicina antagonística, se encuentra en mejor disposición para llevar á cabo la consiguiente *reacción*, beneficiosa cuando se administran dosis muy diminutas de un medicamento que actúe de un modo similar á la misma enfermedad.»

Ahora bien, digo yo, si esa teoría estuviese sólidamente cimentada, tiene que haber un punto medio central en el que la acción y la reacción de los medicamentos se hallen balanceados por igual, y sus efectos terapéuticos, en tal caso, serán necesariamente nulos. A ambos lados de ese imaginario apoyo de palanca, en el cual exactamente se balancean dos fuerzas opuestas, la virtud medicinal de la dosis será eficaz en proporción de la distancia á que se halle separada del eje ó punto de apoyo; con lo que, si se continúa de una manera lógica la dicha suposición, llegaremos á la conclusión final de que es mejor no administrar ninguna clase de medicina.

Y este es precisamente el fundamento en que se basa, según mi opinión, la secta moderna de creyentes que se intitula «Ciencia Cristiana.»[1] De manera que los errores de lógica que cometió el Dr. Samuel Hahnemann han servido para desarrollar el sistema de curar enfermedades de la Reverenda Sra. Mary Baker Eddy.

* * *

Siendo las dosis meramente cantidades variables de medicina que han de tomarse en períodos de tiempo especificados, sólo se las puede conocer por experiencia clínica; pero sus efectos, ya sean favorables ó desfavorables al organismo humano, bajo ningún concepto aumentan ó disminuyen siempre con un correspondiente cambio de cantidad. Al contrario, muchas veces resulta que el aumento de la dosis produce un efecto enteramente distinto del usual. Ejemplo de ello es lo que resulta con la dosis purgante oficinal de calomel—30 á 60 centigramos—que si se la duplica ó triplica, no produce, como por lo general se cree, un aumento correspondiente en su acción purgante, sino que realiza entonces efectos terapéuticos sumamente distintos á los de un catártico. Y el enérgico purgante aloes socotrino, administrado en dosis de 15 á 60 centigramos, es un tónico muy eficaz del trayecto intestinal, en tanto que la

1 Esa secta médico-cristiana, que hace pocos años se ha establecido en los Estados Unidos de Norte América, está completamente opuesta á la administración de toda clase de medicina á los enfermos, y dice que se basa para ello en que el mundo todo es mental; que tanto el pecado como las enfermedades, y hasta la muerte, desaparecen con la convicción de lo que ellos llaman *el principio divino de las enseñanzas morales y la curación de las enfermedades de Jesucristo*. Su fundadora es la Sra. María Baker Eddy, de la ciudad de Concord, en el Estado de Nueva Hampshire, y que goza ya hoy en día el venerable título de Reverenda. En la actualidad cuenta esa secta con varios miles de creyentes, periódicos de propaganda y lujosos templos, entre los cuales se incluyen dos en la ciudad de Nueva York, que han costado muy cerca de un millón de pesos.

¡Quién había de decirle á nuestro gran poeta Campoamor, que el pensamiento filosófico que encierra su popular redondilla

En este mundo traidor
Nada es verdad ni mentira:
Todo es según el color
Del cristal con que se mira.

daría origen á la fundación de una secta religiosa!—*(Nota del autor de este trabajo.)*

dosis usual ú oficinal—3 á 12 decigramos—es lo que ha servido para denominar *catártico* al aloes socotrino. Es también éste, además, en menor dosis, un excelente emenagogo.

La dosis habitual de una droga ó preparación oficinal es lo que le da su categoría en Posología, no obstante el hecho indudable de que esa droga ó preparación oficinal produce también una acción terapéutica muy distinta, cuando se administra en diferente cantidad. En la ipecacuana tenemos un buen ejemplo de esta verdad, puesto que con una dosis de 3 á 6 centigramos calmamos la irritación gástrica, ó nos valemos de ella como un excelente expectorante y diaforético, en tanto que la dosis ordinaria ú oficinal de 1 á 1½ gramos es lo que ha hecho que se conozca á la ipecacuana en Posología como un emético.

De esta manera sencillísima, un gran número de medicamentos cambian por completo su acción terapéutica con sólo el cambio de la cantidad que de ellos se administre. Puede decirse, sin embargo, que, como regla general, las grandes dosis producen efectos locales, y las pequeñas dosis, administradas á cortos intervalos, dan origen á efectos generales en todo el organismo.

En esta regla se basa la acción específica de la gran mayoría de los remedios que llamamos *alterantes*, puesto que generalmente se administran en dosis muy pequeñas, dadas á cortos intervalos. Al entrar de este modo suave y muy repetido esos remedios en la corriente de la circulación sanguínea, sus partículas van poco á poco, pero sin cesar, distribuyéndose por todo el organismo y llevando consigo la virtud de la perseverancia, lográndose así el propósito de mantener un efecto alterante en todo el sistema.

Todos los médicos prácticos saben que, cuando el cuerpo se halla afectado por alguna enfermedad crónica, se encuentra en disposición de resistir la acción terapéutica de ciertos medicamentos; que un clima distinto al que una persona está acostumbrada desde su nacimiento, modifica los hábitos, las costumbres, el gusto, las inclinaciones del sentimiento y aun—me atrevo á decir—las ideas de esa persona, á consecuencia de la influencia del medio ambiente que le rodea; que la idiosincrasia de ciertos individuos, su edad, su sexo, su temperamento, la emoción (ya sea de alegría, de tristeza, de ansiedad, de cólera, etc.), bajo la cual él ó ella se encuentre en el momento de tomar el medicamento, ó una sugestión que con respecto á la medicina se le haga al enfermo en tiempo oportuno; la clase de alimentos que el paciente tome durante su enfermedad; y finalmente, la hora en que tome la medicina (antes ó después de las comidas, por la mañana, temprano, ó por la noche, á la hora de acostarse), todas estas circunstancias son importantes factores terapéuticos, casi de tanta influencia en la curación de la enfermedad, como la elección de la medicina que se ha de administrar. Pero ¿damos á tan importante asunto la consideración que se merece?.... Ciertamente que no. Y es mi creencia que el estudio que de todas estas modificaciones terapéuticas hacen los médicos homeópatas, más que lo que en realidad efectúan con sus dosis infinitesimales, es el verdadero secreto de las sorprendentes curaciones que incuestionablemente ellos algunas veces *en verdad* realizan.

En apoyo de mi argumentación voy á presentar ahora unos cuantos ejemplos prácticos más, por los que se verá que la diferencia del tamaño de la dosis que se administre modifica grandemente los efectos terapéuticos de un gran número de drogas y preparaciones farmacéuticas oficinales, y luego hablaré de otro tema íntimamente relacionado con el asunto en cuestión de que trato en este trabajo.

1. El calomelano, en dosis de 6 miligramos cada hora, produce una evacuación tan abundante de los intestinos en ocho ó diez horas, y quizá en menos tiempo, como una sola dosis de 3 á 6 decigramos.

2. El tártaro emético, á la dosis de 4 á 10 miligramos, es muy usado como expectorante y diaforético. A la dosis de 6 á 12 centigramos, todos sabemos que es un poderoso emético; pero lo que muchos médicos no saben es que también actúa como antiflogístico, en dosis de 12 á 24 centigramos.

3. El kermes mineral, sulfuro de antimonio hidratado, ó, según se le llamaba en la antigüedad, *panacea antimonialis* ó *universalis*, es un buen expectorante y diaforético, á la dosis de 8 á 40 miligramos; en tanto que, en dosis de 6 á 30 centigramos, es un alterante, y á grandes dosis, emético.

4. El espíritu de nitro dulce, en dosis de 5 gotas, es un excelente diaforético.

5. El sulfato de cobre, á la dosis de 16 á 60 miligramos, es astringente y tónico.

6. La tintura de lobelia, en dosis de 10 á 15 gotas, es un eficaz antiespasmódico y expectorante, de mucha utilidad en el tratamiento del asma; y 1 ó 2 dracmas de dicha tintura, es igualmente beneficiosa como emético en el tratamiento del croup y la tos ferina.

7. El vino de antimonio, en dosis de 5 á 10 gotas, actúa como expectorante y diaforético, y es de mucha utilidad en el tratamiento de las enfermedades exantemáticas agudas, en el reumatismo articular y las afecciones catarrales de los órganos respiratorios, en tanto que á la dosis de 1 á 2 dracmas es bien conocido como emético.

8. El ruibarbo, á la dosis de 12 á 24 centigramos, es un valioso tónico en el tratamiento de los desarreglos de los órganos digestivos, especialmente en la afección que en Inglaterra y los Estados Unidos se llama *entorpecimiento del hígado* (torpor of the liver), y sin embargo, en dosis de 1½ á 3 gramos, es un purgante.

9. La magnesia, en dosis de 60 centigramos á 1 gramo, es problamente el mejor medicamento antiácido que se conoce, y á la dosis de 2 á 4 gramos, es un purgante.

10. La esencia de trementina es un diurético á la dosis de 2 á 6 gotas; un estimulante y diaforético, á la dosis de 8 á 15 gotas; y en dosis de ½ dracma á 2 dracmas, un drástico y antihelmíntico.

11. El azufre sublimado ó flores de azufre, á la dosis de 60 centigramos á 1 gramo, es un diaforético alterante, y en dosis de 4 á 8 gramos, un buen purgante contra los engurgitamientos viscerales.

12. El cloruro de sodio, ó sea la sal común para los alimentos, á la dosis de 60 centigramos á 1 gramo es tónico y alterante; á la dosis de 4 á 8 gramos es un astringente y antihelmíntico, mientras que 30 á 60 gramos, disueltos en 180 gramos de agua, lo transforman en emético.

13. El sulfato de sodio, á grandes dosis es un purgante bien conocido, y en pequeñas dosis, administradas á cortos intervalos, un diurético.

14. La digital, á grandes dosis es un emeto-catártico, y en pequeñas dosis, dadas con frecuencia, un buen diurético.

15. La bien conocida solución arsenical ó Licor de Fowler, en dosis de media gota cada media hora, durante tres ó cuatro horas consecutivas, alivia los vómitos subsecuentes á una borrachera, y es también de gran utilidad, en esa cantidad tan pequeña, para contener los vómitos incoercibles del embarazo.

16. Ningún médico duda la eficacia del extracto fluído de cornezuelo de centeno en el tratamiento de la excesiva menstruación; pero lo que seguramente es tan cierto, aunque á primera vista parezca ser contradictorio, es la gran mejoría que se obtiene en los casos de amenorrea, que no sean causados por anemia, con dosis de una sola gota de la misma preparación farmacéutica, administradas cada dos ó tres horas el día antes en que debiera presentarse el flujo catamenial.

17. No puede negarse que el amoníaco, el alcohol y el éter, dados en cantidad moderada, excitan la acción cardíaca, y todo médico práctico sabe que, en grandes cantidades, paralizan el corazón en su movimiento diastólico ó de dilatación.

18. Cantidades muy diminutas de atropina disminuyen la frecuencia de las pulsaciones, y cantidades comparativamente grandes las hacen excesivamente rápidas.

19. Dosis moderadas de digital, actuando como un tónico cardíaco, disminuyen la rapidez del pulso; en tanto que las grandes dosis, si no actúan como un emeto-catártico, aumentan mucho las pulsaciones y pueden dar lugar así á que se presente la hidropesía.

20. Según las investigaciones del eminente profesor Dr. Claudio Bernal, los principales alcaloides del opio presentan tres distintas propiedades terapéuticas, que son: acción *soporífica* (la narceína, la morfina, la codeína), acción *excitante* ó *convulsiva* (la tebaína, la papaverina, la narcotina) y acción *tóxica* (estos mismos tres últimos alcaloides, á dosis mayores).

Yo podría continuar presentando aquí un gran número más de ejemplos prácticos de esta clase, para demostrar que la diferencia en el tamaño de la dosis cambia la acción terapéutica de muchas drogas y preparaciones farmacéuticas oficinales; pero creo en este trabajo haber presentado ya testimonio suficiente en apoyo de mi tema: la variabilidad terapéutica de la dosis.

El tópico íntimamente relacionado con el asunto en cuestión de que trato en este trabajo, y al cual he hecho antes referencia, es el siguiente:

Las condiciones que modifican ó cambian los efectos terapéuticos de muchas drogas y preparaciones farmacéuticas oficinales, y, por consiguiente, de sus dosis respectivas, se relacionan no sólo con ellas, sino también con el particular organismo humano en el cual entren á formar parte. He mencionado ya las circunstancias referentes al individuo, que hacen cambiar la acción terapéutica de las drogas, y ahora paso á hablar de las varias condiciones que alteran esas mismas drogas.

Los alcaloides vegetales son, por lo general, rápidamente absorbidos y rápidamente eliminados. Por el contrario, aquellos remedios vegetales cuya energía terapéutica depende de glucósidos, comúnmente ceden muy poco á poco su principio activo á la influencia de la absorción y de la eliminación.

Las substancias minerales se van acumulando en el cuerpo mucho más fácilmente que las que pertenecen al reino vegetal. De ello resulta, por consecuencia, que es de gran importancia en la práctica de la Medicina tener un conocimiento claro de la relación que existe entre la absorción y la eliminación de los medicamentos.

Las propiedades medicinales de las drogas son, como el particular organismo humano en el cual entren á formar parte, modificadas también por los diferentes climas en que nacen y se desarrollan, y la manera en que se manufacturan las preparaciones que de ellas se obtienen. La calidad del terreno, el

método de cultivo, la edad, la estación del año en la cual se hacen las recolecciones de las drogas vegetales, la manera como después se las empaquete y prepare para la exportación, etc.; todas estas circunstancias, ciertamente, contribuyen á alterar un tanto sus efectos terapéuticos; y, por consiguiente, la acción medicinal de la dosis de cualquier preparado que se obtenga de drogas vegetales bajo condiciones distintas, tiene que ser forzosamente también distinta. El procedimiento químico ó farmacéutico que se emplee en su fabricación, ejerce de igual modo una influencia modificadora en la acción terapéutica de la dosis.

Todas las partes de un gran número de plantas medicinales no poseen las mismas propiedades terapéuticas, sino que son, por el contrario, muy diferentes y hasta con opuestas propiedades. Ejemplos familiares de esta verdad nos los presentan las hojas y semillas del *ricinus communis* (palma christi), puesto que las primeras son emolientes y las segundas drásticas, y aun tóxicas. Todas las partes del *papaver somniferum* (adormidera) contienen opio, excepto las semillas, que se hallan completamente destituídas de propiedades narcóticas y se usan como alimento en algunos países, como Suiza y Alemania. Las flores de la *viola odorata* (violeta) son expectorantes y emolientes, y sus raíces eméticas; las flores del *sambucus canadensis* (sauco blanco) son diaforéticas y un tanto diuréticas; el jugo de las bayas es un alterante á la dosis de 4 á 8 gramos, y un laxante en dosis de 15 gramos ó más; los cogollos tiernos, un enérgico y hasta peligroso purgante; la corteza un catártico hidragogo, y finalmente, el jugo de las raíces emético.

En la América del Sur existe una planta, de la cual habla Humboldt en sus viajes por esos países, cuyas flores, con tan solo olerlas, producen un flujo de sangre procedente de la membrana mucosa de la nariz, y el taponaje ligero de las ventanas de ésta, con las hojas del mismo árbol, masticadas un poco, hace cesar la epistaxis en el acto.

Hay plantas medicinales que, sin embargo de pertenecer al mismo orden natural, á la misma especie y aun á la misma familia, tienen propiedades terapéuticas enteramente distintas. Ejemplo de esto, que parece ser absurdo, nos lo ofrecen las raíces y las hojas del *daucus carota* (zanahoria) que son suculentas y nutritivas, mientras que las mismas partes del *conium maculatum* (cicuta) son sumamente venenosas, no obstante el hecho de que ambas plantas pertenecen al orden natural de umbelíferas. El *cucumis melo* (melón moscatel ó almizcleño) y el *cucumis colocynthis* (coloquíntida), de propiedades medicinales tan por completo distintas, pertenecen á las cucurbitáceas.

En la familia de las solanáceas encontramos varios ejemplos de la misma clase, tales como nos lo presentan el *capsicum annuum* (pimiento de Indias) y la *atropa belladonna* (belladona). Y si es que nos merece entero crédito lo que nos dice una autoridad tan respetable en la materia como De Candolle, que habla de las gramíneas como «la famille la plus naturelle,» en la cual hallamos más de una excepción de la regla general, no vacilaré un momento en afirmar mi postulado.

Hay plantas medicinales que, sin embargo de tener una estructura completamente distinta, producen substancias de propiedades análogas, y hasta por completo idénticas. La trementina es una de esas substancias, pues, á pesar de que se obtiene del *pistacia terebinthus*, orden natural de las terebintáceas, sus propiedades terapéuticas son precisamente las mismas que las de otra substancia medicinal, conocida también con el nombre de *trementina*, pero que se obtiene de las familias *pinus*, *larix* y *abis*, que pertenecen á las coníferas. El

bálsamo de copaiba, que se parece á la trementina en muchas de sus propiedades, y cuyos constituyentes son hasta isoméricos con los de ella, se obtiene de la familia de las leguminosas, cuya estructura es enteramente distinta de las terabintáceas y de las coníferas. El nombre de *eléboro* se le da á dos plantas medicinales por completo diferentes: el *helleborus niger* (eléboro negro) y el *veratrum album* (eléboro blanco), debido, con toda probabilidad, á la semejanza de sus efectos terapéuticos; y, sin embargo, el primero es un dicotiledón que pertenece á la familia de las ranunculáceas, y el segundo es un monocotiledón perteneciente á las melantáceas.

Todos estos ejemplos, suficientemente prácticos, prueban de una manera concluyente que, en el estado actual de la ciencia médica y sus auxiliares, las comunes enseñanzas de la materia médica y la Terapéutica no ofrecen una certeza amplia, positiva y sólidamente fundada para que el médico pueda juzgar con exactitud, en todos los casos de enfermedad, cuáles son los efectos terapéuticos de un gran número de drogas aplicables al tratamiento de sus enfermos, ni tampoco del tamaño y la frecuencia de la dosis que deben éstos tomar, y que sus únicos guías dignos de confianza son su experiencia clínica y su sentido discriminativo.

El procedimiento químico ó farmacéutico que se emplee para obtener un producto medicinal, como he dicho antes, ejerce también una acción modificadora en la dosis de los medicamentos. Supóngase, por ejemplo, que dos muestras de la misma substancia cruda se le entreguen á dos fabricantes que empleen diferentes procedimientos industriales. ¿Será el producto obtenido por uno de ellos de una actividad y energía tan uniformes como el producto del otro fabricante? ¿Producirá la misma dosis de esos dos productos exactamente los mismos efectos terapéuticos?

Con frecuencia oimos hablar de un comprofesor que obtiene los más excelentes resultados con cierto medicamento en el tratamiento de una enfermedad especial. Probamos nosotros el mismo medicamento en la indicada enfermedad, y no obtenemos buenos resultados. Nuestra deducción inmediata de ese desengaño es que nuestro comprofesor ha exagerado, no poco, la acción beneficiosa del medicamento en cuestión, ó que, por razones que él sabrá, faltó á la verdad. ¿No sería mejor y más racional que nos informáramos antes respecto al gran número de detalles, aunque pequeños, bastante importantes, relacionados tanto con el enfermo como con el medicamento, y que ciertamente ejercen gran influencia—según he tratado en este trabajo de demostrar—para modificar y hasta para cambiar por completo la acción de las drogas y medicamentos?

DR. A. M. FERNÁNDEZ IBARRA.
(302 Second Avenue. New York City.)

ALGUNAS CONSIDERACIONES CLINICAS SOBRE LA APENDICITIS

Hoy que la cuestión del tratamiento de la apendicitis es una cuestión de verdadera actualidad y sobre la cual, por consiguiente, se están constantemente escribiendo trabajos y disertaciones, no nos parece fuera de oportunidad el transladar á nuestros lectores, aunque sea en extracto, algunas ideas

vertidas por el Dr. Monin, nuestro antiguo conocido y prudente y concienzudo terapeuta.

Comienza el autor manifestando que la mortalidad de esta grave afección tratada médicamente, es tan sólo del 1 por 100, y que la tratada quirúrgicamente es de 10 por 100, aunque debe tenerse en cuenta que los casos en que se interviene, son sin duda los más graves y aquellos en que el tratamiento médico no ha dado un resultado satisfactorio. El cirujano, en efecto, sólo recibe los casos de gravedad extrema.

No es porque esto se desconozca, afirma Monin, por lo que se protesta contra el tratamiento quirúrgico de la apendicitis sino por la generalización demasiado prematura del diagnóstico, que bajo el vocablo ó denominación de *apendicitis*, agrupa un número grande de variedades de estados morbosos diferentes. En la actualidad existen más que nunca, partidarios de la intervención prematura y abstencionistas resueltos, siendo la verdad, que en muchos casos, la apendicitis hace fracasar las previsiones más magistralmente asentadas y más lógicamente fundadas. Para evitar los fracasos en una ó en otra vía, es preciso guiarse por la impresión clínica, por el tacto médico que todo práctico ilustrado y de experiencia posee ó debe de poseer. Cuando un resumen rigurosamente científico no da la llave del problema y no sanciona ampliamente una solución, es necesario guiarse por la sagacidad clínica, que computando todos los factores de que pueda disponer, llegue á la conclusión más acertada posible y por ende más beneficiosa para el enfermo.

El autor pasa en revista rápidamente algunos casos en que puede sobrevenir la inflamación apendicular, como por ejemplo en los gastrópatas y enterópatas, originado por la cronicidad de las fermentaciones sépticas. Cuando á estos enfermos se les interroga, se encuentran siempre como datos anamnésticos las muco-membranas en las heces, la constipación, las pirosis, la flatulencia y la dispepsia. En el estado agudo puede asimismo ser determinada por la gripa de forma abdominal, desconocida hasta hace pocos años relativamente, causada acaso por una intempestiva restricción de los fenómenos de fagocitosis y el debilitamiento de la defensa del organismo, por lo cual se observan fenómenos de intoxicación pronunciados por la exaltación de la virulencia bacilar.

Por la histología linfoide y casi, casi glandular del apéndice, por lo que alguien le ha comparado ya á la amigdala, se halla desde la juventud expuesto á las inflamaciones y las culturas stafilo-estreptocócicas ó coli-bacilares. La gripa, la fiebre tifoidea, los orejones, las fiebres eruptivas, las infecciones biliares y el reumatismo, originan también la apendicitis, cuando el órgano es el «locus minore resistentiæ» por un padecimiento crónico aunque ligero. La contracción habitual del psoas de los ciclistas, así como los depósitos de heces endurecidas, son por traumatisme lento causas predisponentes. La irritación catarral que causan pueden en un momento dado degenerar en necrosis ó gangrena. La herencia puede observarse en la apendicitis y el fenómeno se explica por la diátesis artrítica.

La apendicitis, afirma Monin con justicia, depende del funcionamiento excesivo del intestino, del régimen defectuoso é insuficiencia biliar y como lo hace notar Sir F. Treves, del engurgitamiento cecal, de las comidas irregulares, de la masticación insuficiente, etc. En cuanto á los cuerpos extraños parecen tener un pequeño valor etiológico, según Monin, pero en este punto sí sentimos diferir de su opinión, pues son bastante numerosos los casos que

registra la literatura médica en que los accidentes apendiculares han sido causados por diversos cuerpos extraños, por concreciones, etc. Y este es un punto tan interesante que esperamos hacer de él un tema especial para un próximo articulo, pues hoy que la apendicitis y su estudio están á la orden del dia, nuestros lectores verán con agrado esa fase de la cuestión, según los datos que recogeremos de la literatura médica contemporánea. Por ahora, nos limitaremos á asentar de acuerdo con Monin, que estos cuerpos extraños á menudo permanecen inofensivos y latentes hasta que una contingencia, por ejemplo, una indigestión, viene á determinar la explosión de los fenómenos de irritación y de infección estreptocócica.

Alguna vez sucede que la presencia de oxiuros determina también inflamaciones apendiculares, porque obliteran la cavidad, ulceran la mucosa y exaltan la virulencia microbiana «en vaso cerrado.» Los gránulos de Santonina y de Calomel son en estos casos los indicados. Los de biyoduro, los de yodoformo y los de Sulfhidral, así como los compuestos antiescrofulosos y antisifilíticos, encontrarán también su campo de acción en determinadas circunstancias, cuando es la indicación el modificar un estado diatésico especial.

La paresia intestinal de los obesos y de los amantes de la buena mesa sedentarios, dice Monin, predispone con seguridad al estado séptico del canal cecal atascado y el apéndice puede secundariamente engurgitarse con un resto de alimento no digerido ó con una concreción en scíbalo. También como lo sostienen Bernard y Riviére, la colitis membranosa influye en el desarrollo de la apendicitis.

Esta enfermedad es sin duda la más rara en el sexo femenino que en el nuestro, pero la menstruación y la puerperalidad favorecen su aparición, no siendo raro observar un cuadro que simula el clásico de la apendicitis en las vírgenes dismenorréicas. Monin aconseja en tales casos una lavativa de Bromuro, salipirina y láudano y algunos gránulos Ch. Chanteaud de Ergotina y Hiosciamina. La gravidez despierta antiguos focos intestinales ya curados y en algunas ocasiones sólo se trata de anexitis del lado derecho, para las cuales, una vez diagnosticadas por el tacto vaginal, se recomiendan las cataplasmas con aceite alcanforado y guayacolado, y al interior, gránulos de Aconitina y de Salicilato de quinina. También es preciso hacer el diagnóstico diferencial con el riñón flotante, que debe combatirse con el cinturón de Le Dentu.

Alguna ocasión los síntomas de la apendicitis estallan después de una comida; pero otras veces su principio es insidioso, pero sus caracteres clásicos, como el dolor en el punto de Mac Burney, aclararán las dudas. Casi siempre hay sub-icteria y albuminuria.

Si hay perforación, á pesar de la aparente mejoría del enfermo, el estado del pulso irregular é incontable, la anuria, el estado de lengua y el general, denunciarán la funesta terminación.

El Dr. Monin termina recordando, que el abdomen es una ánfora llena de sorpresas y que es necesario irse con mucho tiento y prudencia en el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades abdominales.

El Dr. Pendzolt (Tomo IV del monumental Tratado de Terapéutica, que otras veces hemos citado ya, por consultar á menudo una obra que consideramos como la mejor que en la actualidad existe), discute ampliamente cada uno de los factores que deben constituir el tratamiento médico de una manera general y podemos decir que está de acuerdo con lo aconsejado por el Dr.

Monin, aunque él prefiera la tintura de opio como narcótico y para disminuir ó suspender los movimientos peristálticos del intestino.

Como la discusión de los otros medios terapéuticos ó auxiliares del tratamiento, como el reposo absoluto en la cama, el empleo de los fomentos ó compresas calientes recomendadas por Sahli y por Talamón, el uso del hielo cuya utilidad parece demostrada por las investigaciones de Virginie Schlikoff, la dieta severísima indispensable, etc., sería para nuestros lectores de escasa importancia por lo conocido del punto, sólo nos ocuparemos en este breve comentario de manifestar porque, difiriendo de tan respetable autoridad, preferimos de acuerdo con Monin en estos casos, el empleo de la Hiosciamina al uso de la tintura de opio que preconiza Pendzolt, á cuyo favor se inclina en lo general la opinión de los médicos que, por la fuerza de la costumbre, todavía conservan al opio la supremacía que tuvo cuando aún no eran conocidos sus componentes y sus sucedáneos.

En primer lugar dice el mismo Pendzolt (pág. 853); «Si bien es cierto que todos los médicos están de acuerdo acerca de la necesidad del opio ya no sucede lo mismo, por lo que se refiere á las dosis permitidas y necesarias del mismo, según se pudo observar en el Congreso de Medicina Interna de 1895, etc., etc.»

Este ha sido, desde hace tiempo lo hemos señalado, uno de los grandes inconvenientes de la antigua terapéutica y de la decadente farmacia galénica. En el presente caso hay que hacer observar que la tintura de opio, puede asegurarse esto sin temor de equívoco, jamás tiene la misma riqueza en principios activos. Varias veces se ha comprobado esto y aún pudiéramos citar los periódicos en que han sido publicadas las notables divergencias comprobadas entre las preparaciones oficinales cuando son de origen diferente. La actividad por consiguiente de este medicamento (la tintura de opio), no podrá pues graduarse y por consiguiente las dosis no podrán fijarse, aún sin tener en cuenta el factor importantísimo que á cada paso las modifica, en las condiciones especiales de cada paciente. La dosis aconsejada por Pendzolt es de 10 gotas como primera dosis y 7 ó 5 cada hora, hasta obtener el efecto buscado.

Nosotros nos permitiremos recomendar en estos casos la Hiosciamina, tanto porque el efecto sedante es tan marcado ó más que con la tintura de opio, como porque el efecto sobre la fibra lisa del intestino de este admirable medicamento es indiscutible, obteniéndose por tanto con mayor seguridad y sin el peligro de la constipación consecutiva, el reposo indispensable para ayudar á la feliz terminación del proceso inflamatorio apendicular.

DR. E. L. ABOGADO.

SECCION XXVIIII.

REVISTA DE LA PRENSA MEDICA EXTRANJERA

Hemorragias gastro-intestinales del recién nacido, por el Dr. Lop.—*(La Presse Médicale, Septiembre 21 de 1904.*—Estas hemorragias son raras y su patogenis muy obscura, presentan dos variedades: las falsas y verdaderas *hematemesis* ó *melanas*. En presencia de un niño que vomita ó defeca sangre, se comenzará por eliminar las causas de la hematemesis ó melenas falsas que son: extradigestivas que dependen de la madre del niño y las que dependen

de éste. A las primeras pertenecen la hemorragia materna, antes de la expulsión del feto, pudiendo éste tragar parte de ella y las lesiones del seno, grietas, ulceraciones, etc. Las segundas, las del niño, debe pensarse y buscarse metódicamente en la sección del frenillo de la lengua, en las escoriaciones bucales producidas por las uñas durante la extracción de la cabeza en las presentaciones pélvicas, en las heridas de la lengua por pinzas ó por los dedos al practicar la respiración artificial, etc. Eliminadas todas estas causas de error, nos encontramos con la verdadera hematemesis ó melena, que proviene de ulceraciones, cuyos sitios predilectos son la cara anterior del estómago y la primera porción del duodeno; estas lesiones son atribuidas por algunos autores á la sífilis, y el Dr. Lop lo cree así *en todos los casos*, salvo aquellos rarísimos de hemorragias debidas á turbaciones mecánicas en los niños nacidos en estado de muerte aparente.

El pronóstico es grave El tratamiento consistirá en envolturas calientes, en fricciones excitantes, en la suspensión de la lactancia que se reemplazará con agua hervida en abundancia, en inyecciones de suero artificial á la dosis de 20 á 40 centímetros cúbicos en la mañana, y en la tarde en gotitas de cognac, sea por la boca, sea por las inyecciones de suero y sobre todo, en todo su rigor el tratamiento mercurial. El autor desecha el suero gelatinizado y proscribe formalmente las aplicaciones de hielo que aumentan la tendencia al enfriamiento ya producido por la pérdida de sangre.

Un año de observación de las convulsiones en los niños, por Hanson.—*(Revue Thérapeutique de Octubre 1904, tomada de The Cleveland Med , Septiembre 1904).* —El autor reasume su trabajo clasificando las causas de las convulsiones en tres variedades principales:

1ª Las que obran por vía refleja, como las convulsiones producidas por irritación dentaria, intestinal ó cutánea.

2ª Las que obran por intermedio de las tomainas, irritando el encéfalo y los ganglios nerviosos, como en las enfermedades infecciosas y febriles agudas.

3ª Las que obran por irritación directa local del cerebro ó de la médula, como un tumor ó absceso cerebral, una hemorragia cerebral, un exudado en una meningitis, etc.

Los niños que tienen un thymus voluminoso, están más sujetos á las convulsiones, sobre todo, cuando las arterias son pequeñas y el sistema linfático está hiperplasiado.

El autor recuerda al médico que es llamado á atender un caso de convulsiones en un niño, las prescripciones de Holt que consisten: en llevar consigo cloroformo, jeringa de Pravaz y morfina, una sonda rectal ó un cateter, é hidrato de cloral. Las inhalaciones de cloroformo dan muy buen resultado, pero se necesita continuar su acción por una lavativa de cloral (compuesta de 30 gramos leche caliente con 25 centigramos, para un niño de seis meses, con 50 centigramos para un niño de 1 á 2 años) que se inyecta lo más lejos posible y se repite á la media hora si fuera necesario. Si las convulsiones vuelven al suspenderse el cloroformo y al eliminarse el cloral, se recurrirá á una inyección de morfina; á los seis meses 1 miligramo, al año 2½ miligramos, á los 2 años 3½ miligramos. Esta dosis se repetirá á la media hora si no se observa ningún resultado con la primera. Las convulsiones producidas por la asfixia ceden muy fácilmente á las inhalaciones de oxígeno.

DR. LEOPOLDO E. CALVILLO.

SECCION XXX.

BIBLIOGRAFIA

Guía médica de los accidentes del trabajo, por el Dr. Carlos Waibel, médico de distrito en Kempten. Traducción directa del alemán por D. Rafael del Valle y Aldabalde, médico de número, por oposición, del Hospital Provincial de Madrid.

La ley de accidentes del trabajo ha hecho sentir la necesidad de un libro que sirviera á los médicos de guía para resolver los múltiples y complicados problemas que á diario se presentan en la práctica *y que en ocasiones revisten tal gravedad, que comprometen la reputación del médico.* Esta necesidad ha venido á satisfacerla la notabilísima obra del Dr. Waibel, **que es sin disputa la mejor que sobre el particular se ha publicado,** y, por lo tanto, no dudamos en afirmar que la *Guía médica de los accidentes del trabajo*, cuya edición española se halla arreglada á nuestra Legislación, prestará grandes servicios no sólo á los médicos, sino también á los jurisconsultos.

Forma un elegante volumen de 500 páginas muy bien impresas en excelente papel.

PRECIO 8 PESETAS.

Los pedidos, *acompañados del importe*, á la Administración de la *Revista de Medicina y Cirugía Prácticas*, Preciados, 33, bajo. Madrid.

También, como todas las obras que edita nuestro apreciable amigo el Sr. Dr. Ulecia y Cardona, puede pedirse por conducto de la Administración de la Crónica Médica Mexicana.

Transactions of the American Physicians.—Nineteenth session held at Washington, D. C. May 10 and 11-1904. Volume XIX. Philadelphia. 1904.

Por conducto del «Smithsonian Institution» hemos recibido este hermoso volumen, en que se hallan coleccionados los trabajos y disertaciones presentados en el último Congreso que la Asociación de Médicos Americanos celebró en Philadelphia, E. U. A.

Treinta y siete trabajos sobre variados temas, interesantísimos en su mayoría, se encuentran coleccionados en este volumen, y presentados por facultativos que forman parte de esta docta Asociación, y cuyos nombres ya son conocidos en nuestra República. Imposible sería citar los principales artículos del libro, pues todos, aunque de distinto género, merecerían esa distinción. Sin embargo, de los que rápidamente hemos revisado, han llamado nuestra atención los siguientes: *Pneumopericardium*, por el Dr. Walter B. James, de New York; *Estudio sobre la patología de la histeria*, basado en el estudio especial de un caso de hemi-anestesia con ataques de convulsiones clónicas, simulando la epilepsia jacksoniana, por los Dres. Morton Prince, Boris Sidis y H. Linenthal; *Formas extrañas de enfermedades infecciosas del sistema nervioso central*, por los Dres. J. J. Putnam y G. A. Waterman; y *El corazón y la circulación en el embarazo y en el puerperio*, por los Dres. Alfred Stengel y W. B.

Stanton. También debe citarse el estudio intitulado *Variedades de la anemia esplénica*, por el Dr. Alfred Stengel.

México, ayer y hoy, 1876-1904, por BERNARDO MALLÉN.—Hemos recibido un ejemplar en español de esta obrita que, durante nuestra reciente permanencia en St. Louis, Mo., tuvimos el gusto de conocer allí, en la cual, en conciso estilo y en sólo noventa páginas, se da una idea exacta de los progresos realizados en nuestro país en el último período de 28 años.

Allí se ve, con la demostración evidente é irrecusable de los números, el incesante y rápido desenvolvimiento de México, que, tras una época luctuosa de luchas intestinas y de perpetua revolución y calientes aún los restos de una invasión extranjera, inolvidable atentado á nuestras liberales instituciones, comenzó, regido por una progresista y viril administración, á avanzar por el sendero que conduce á la prosperidad,

Nosotros celebramos que en el gran certamen habido entre las naciones cultas, en la Exposición Universal celebrada en St. Louis Missouri, se haya hecho conocer el estado actual, floreciente y excepcional en que se encuentra nuestra República, pues al recorrer el año anterior y el presente los Estados Unidos, hemos adquirido la triste convicción de que, exceptuando las clases muy ilustradas ó aquellos que tienen intereses comerciales en México, la mayoría de sus habitantes tienen ideas vagas y erróneas de lo que significa y es en realidad nuestro país.

Por esa razón celebramos el pensamiento de esa síntesis encerrada en un pequeño libro por el Sr. D. Bernardo Mallén, que evidentemente contribuirá á disipar errores que perjudican á nuestro buen nombre, cuando menos entre la masa común de la población americana.

DR. E. L. A.

NECROLOGIA

UN RECUERDO AL SR. DR. D. CARLOS TEJEDA GUZMAN.

Hace un año el 7 del presente mes, según tuvimos la pena de anunciarlo en el núm. 2 de la *Crónica* del año próximo pasado, desapareció de entre nosotros este apreciable amigo nuestro é ilustrado facultativo.

Hoy, como un recuerdo á su memoria, publicamos los siguientes datos biográficos que posteriormente nos fueron suministrados por uno de sus allegados.

El Sr. Dr. Carlos Tejeda nació en Jalacingo (Veracruz), el año de 1851.

Hizo sus estudios profesionales en la Escuela N. de Medicina de esta capital, y poco después emprendió su primer viaje á Europa, permaneciendo dos años en París. El primero se dedicó á seguir la clínica de partos con Pajot y el segundo año, á enfermedades de ojos con Panas, Becquer y Galezowski.

El año de 1888 se presentó á la oposición de clínica interna, obteniendo una mención honorífica y declarándolo por unanimidad, apto para desempeñar dicho puesto.

El año de 1890 salió nombrado por el gobierno para estudiar enfermedades infantiles y fundar esa nueva clínica en México.

Permaneció 18 meses en París asistiendo á las clínicas de Lancereau, Hutinel, Saint Germain y Granchet, y empleó 6 meses más visitando hospitales de niños en Londres, Berlín y dos ó tres ciudades de Italia.

En 1892 volvió al país y recibió su nombramiento de Profesor de Clínica quirúrgica de Pediatría.

En Julio de 1897 asistió, nombrado por el Gobierno, al Congreso Universal efectuado en Moscow y volvió á París, la capital de las luces como él decía, á estudiar aún cirugía de niños, algunos meses más, regresando á desempeñar su clínica hasta Diciembre de 1903 que enfermó, falleciendo el 7 de Enero del presente año, de hepatitis supurada, consecutiva de fiebre intestinal infecciosa.

Descanse en paz el estimable compañero que dedicó su vida al cultivo de la ciencia médica y por su caballerosidad tuvo siempre un lugar distinguido en el Cuerpo Médico Mexicano.

E. L. Abogado.

NOTAS.

XV CONGRESO INTERNACIONAL DE MEDICINA (LISBOA ABRIL 1906.)

Hemos recibido los números 1, 2 y 3 del «Boletín Oficial del XV Congreso Internacional de Medicina.» Dichos números contienen artículos de crónica, en los que se presentan las cuestiones de actualidad y los principales acuerdos tomados por el comité organizador: debiendo notarse la exposición colonial que se prepara coincidiendo con el Congreso, y el estudio sobre la Pelagra en Portugal, emprendido por la sección de Psiquiatría. Llenan casi por completo dichos números, los temas oficiales con los nombres de los informantes que aceptaron ya el convite que les había sido dirigido. Además de los temas oficiales, las diferentes secciones publican una lista de asuntos recomendados, con el fin de incitar á los médicos para que los desenvuelvan en comunicaciones libres. Finalmente, completa los números la lista de los comités nacionales del extranjero hasta aquí constituídos y lo son casi todos.

Deseamos un éxito brillante al Congreso de Lisboa que se verificará el año próximo y al cual suponemos no dejarán de concurrir algunos médicos mexicanos.

SUMARIO.

Prólogo, Dr E. L. Abogado.—Sección V.—El régimen de las enfermedades, por el Dr. E. Lamicq. (Concluirá.)—Sección X.—*Obstetricia*. Parto espontáneo en las presentaciones de hombro, por el Dr. Melesio de Anda. Tecolotlán, Jal.—Sección XVII.—*Terapéutica*. La dosis como un factor variable en terapéutica, por el Dr. Agustín M. Fernández Ibarra. New York.—Algunas consideraciones clínicas sobre la apendicitis, por el Dr. E. L. Abogado.—Sección XXVIII.—Revista de la Prensa Médica Extranjera. Dr. Leopoldo E. Calvillo.—Sección XXX.—Bibliografía. Dr. E. L. A.—Necrología. —Notas.

Tomo VIII. México, Febrero 1º de 1905. Núm. 2.

CRONICA MEDICA MEXICANA

REVISTA DE MEDICINA, CIRUGIA Y TERAPEUTICA

(ESPECIALMENTE ALCALOIDOTERAPIA Y OPOTERAPIA)

—y—

ORGANO DEL CUERPO MEDICO MEXICANO.

DIRECTOR PROPIETARIO

DR. ENRIQUE L. ABOGADO,

Miembro correspondiente de la «Societé Obstétricale de France, París» y honorario de la «Societé de Thérapeutique Dosimétrique de París.

JEFES DE REDACCION:

Dr. Barreiro Manuel.—Ex-Jefe de Clínica de Obstetricia de la E. N. de Med.

Dr. Duque de Estrada, Juan.—Profesor adjunto de Obstetricia de la E. N. de Med.

Dr. Mejía, Demetrio.—Profesor de Clínica Interna (3er. año) de la E. N. de Med.

Dr. Suarez Gamboa, Ricardo.—Cirujano del Hospital *Morelos*.

Dr. Vazquez Gomez, Francisco.—Profesor de Patología Externa de la E. N. de Med.

Dr. Zarraga, Fernando.—Profesor adjunto de Obstetricia de la E. N. de Med.

Sres. Dres. Manuel Carmona y Ramon Reynoso.—Sección de Medicina y Cirugía Dental.

Prof. Juan B. Calderon.—Preparador de Farmacia é Hist. de Drogas de la E. N. de Med.

Prof. Jose de la L. Gomez.—Sección de Medicina Veterinaria.

SECCION V.

EL IMPALUDISMO COMO INTOXICACION POR EL PLASMODIUM MALARIÆ

COMO UN HOMENAJE

AL HONORABLE Y SABIO MAESTRO DR. D. EDUARDO LICEAGA.

I

Antes de abordar la cuestión de la toxina palúdica, reconstruyamos el cuadro de un acceso palúdico, exhibiendo y valorizando cada uno de los elementos que entran en juego desde el momento en que la diastasa salivar del mosquito ha penetrado en un punto cualquiera de la red vascular, llevando consigo los esporozoitos malarígenos, y echemos una ojeada á la posible unidad de las formas del plasmodio.

Una hiperhemia local ha traído á presencia de éstos suficiente cantidad de hematies, para darles alojamiento.

Cada eritrocito se retira, llevando uno ó más huéspedes, y la infección ha comenzado.

Diseminados por todo el vasto sistema circulatorio, son en vano perseguidos por los leucocitos; éstos no destruirán al glóbulo para matar á su huésped. La acción fagocitaria de estos defensores de la pureza y de la integridad orgánica se detiene generalmente ante estos elementos vivos, y así el protozoario puede impunemente devorar á su hospitalario.

A la propiedad quimiotóxica que el protozoario posee para aproximarse á aquellos depósitos de oxihemoglobina, reune la de secretar una licitoxina que convierte á esa en substancia asimilable, y, ya asegurada su nutrición, comienza á procurar su reproducción.

Como esta invasión de parásitos está dentro del límite de lo tolerable, ó mejor dicho, es todavía por reducida, impotente para sacudir al organismo y evidenciar su existencia, esta faz prodrómica pasa desapercibida.

Como resultado de su nutrición, la ley de reproducción se cumple. El parásito ha formado cierto número de granulaciones pigmentarias, núcleos proteicos que tienen asegurada su vida independiente; y esa masa pigmentaria, ó abandona el hospedaje, que es ahora una celda muerta y vacía, para reproducirse por esquizogonia, ó dentro de la misma hematie se divide, exclaustrándose después. Los movimientos ameboídeos que posee, le permiten reducida defensa, y antes que el leucocito polinuclear caiga sobre él, el parásito generalmente gana nuevos hospedajes y se enclaustra de nuevo en la hemacies que lo rodean, ó bien logra escapar, para vivir y reproducirse en el medio ambiente, donde halla también elementos apropiados á su nutrición.

Pero esta vez, veinticuatro ó más horas después de su llegada al torrente circulatorio, ya no es la pequeña invasión que pasó desapercibida y silenciosa: es ya un formidable ejército que detiene y estorba las funciones de un gran número de los cuerpos encargados de la más importante función de la economía. El organismo se ha apercibido de que la cantidad de oxígeno que recibe es insuficiente, y faltan los encargados de desembarazarlo del ácido carbónico. El primer calofrío aparece. Es el grito de alarma, la petición de socorro.

El organismo reacciona. Los órganos hematopoiéticos redoblan su actividad funcional y entran en la circulación nuevos eritrocitos, aun yendo algunos en estado embrionario.

Al calofrío, determinado por la presencia de un exceso de ácido carbónico y úrea en la economía, ha sucedido ahora una excitación funcional, una reacción que por exagerada es febril. Y como resultado de la consiguiente hipertensión vascular, una sudoración abundante formará el tercero y final estadío del acceso.

El trabajo del parásito ha vuelto á comenzar, pero silencioso ante la impotencia de la defensa orgánica. Algunos parásitos han sido englobados y destruídos por la policía fagocitaria; pero ¡qué número tan superior está ya á salvo en el interior de las hematies, y cuánto la tonicidad vital ha caído en todos los elementos del organismo, como resultado de la desnutrición sufrida por el pasado ataque!....

Pero el organismo tiene recursos infinitos, y asecha el momento de destruir, de aniquilar á su enemigo.

Nuevos ataques podrán repetirse, pero con ellos van disminuyendo también para el parásito los elementos de vida. En la sangre se ha producido una baja de las hematies tremenda. De cinco millones por milímetro cúbico, apenas quedan tres millones; y el leucocito, la célula policíaca del organismo, se ha multiplicado en cambio. Hay anemia y hay leucitosis. Faltan al parásito hospedajes y le sobran enemigos.

Cada vez podrá escapar menos á la acción fagocitaria, y en cada seicipación pierde un setenta y cinco por ciento. Su poder reproductivo ha menguado también, y llega el momento en que apenas se duplica.

El bazo está pletórico de los cadáveres del plasmodio, y por donde quiera sus despojos pigmentarios dificultan las funciones. disminuyendo el arribo de los elementos de vida. Pero el organismo humano ha triunfado. Apenas se apercibe de que al caer el día siente llegar un acceso que aborta, y se proclama libre del parásito malarígeno.

Pero.... los días y los meses transcurren, sin que la salud retorne. Ya no han vuelto al enfermo los terribles accesos que lo postraban en cama. Puede ir y venir, y hasta intenta reanudar sus labores como activa unidad de la masa social. Mas no hay fuerzas: las energías están aniquiladas por todas partes. A las funciones digestivas, lentas y pesadas, falta el apetito que las estimule; las secreciones son exiguas y viciadas. La piel, seca y pigmentada, no funciona como vía excretora; y la orina, escasa y roja, denota gran desasimilación orgánica y ningún aprovechamiento de la ingestión. En el cerebro, torpe y desalentado, duerme la enferma voluntad. El cuerpo todo se resiente de un cansancio, aparentemente sin causa. El bazo, voluminoso hasta molestar vecinos órganos, duele con sólo la vibración de la marcha. Hay vértigos y lipotimias. La vida en aquel empalidecido cuerpo se arrastra miserable y sin anhelos ni propia voluntad.

De repente, bajo una imprevista emoción, por un enfriamiento, por un movimiento de cólera ó bajo la acción del pánico, un terrible acceso estalla.

A un súbito y terrible calofrío, que sacude como un epiléptico al sorprendido convaleciente, sigue una fiebre de 41 ó 42°, acompañada de delirio y pérdida al fin de la vida.

¿Cómo explicarnos esto? ¿Ha habido una nueva infección? ¿Qué debemos diagnosticar?

II

A creer en las llanas teorías con que la literatura médica sale del paso al tratar del paludismo, y á confiar en lo que ligeros observadores asientan, las cosas pasarían así. Hay hasta cierta lógica en la exposición que antecede, y se ha prescindido de tocar ciertos puntos, como la variedad de formas del plasmodio, las distintas periodicidades de los accesos, y hasta la posibilidad de nuevas y aun diarias reinfecciones, para terminar el cuadro con pocas pinceladas. Y en cuanto al diagnóstico sobre causas de la muerte súbita del individuo, allí está el tifo pernicioso ó maligno, determinado por las formas en media luna del parásito; ó las complicaciones que tienden un puente para salir del paso.

Pero nada de esto satisface ni tranquiliza la conciencia del derrotado médico que vive en lugares palúdicos, y menos aún si posee un microscopio.

Para ser mejor entendido en el desarrollo de mis ideas—torpemente expresadas por motivo de mi insuficiencia—expondré antes las observaciones en que fundo mi manera de pensar sobre este punto, y las acompañaré de las reflexiones que cada observación me sugería. Y, como indispensable preliminar, trazaré el cuadro en que un eminente paludólogo* marca las diferencias en cada una de las tres especies del plasmodio malarígeno, tanto en su forma como en su desarrollo:

Parásito de la terciana. Ciclo: 48 horas.	Parásito de la cuartana. Ciclo: 72 horas.	Parásito de la estivo-otoñal. Ciclo: 24 á 48 y más horas
Cuerpo hyalino, de mayor tamaño que el de la cuartana y el de la estivo-otoñal. Contorno poco marcado, movi-	Cuerpo hyalino, más pequeño que el de la terciana, pero más grande que el de la estivo-otoñal. Contorno dis-	Cuerpo hyalino, el más pequeño de las tres especies. Marcado contorno. Movimientos ameboideos. En las

* Da Costa. Clinical Hematology. 1902.

Parásito de la terciana. Ciclo: 48 horas.	Parásito de la cuartana. Ciclo: 72 horas.	Parásito de la estivo-otoñal. Ciclo: 24 á 48 y más horas.
mientos ameboideos vivos, emitiendo largos pseudopodos comunes.	tinto. Movimientos ameboideos lentos, excepto en las formas precoces. Pseudopodos distintos y no comunes.	jóvenes, formas en anillo ó escudo.
—	—	—
Gránulos de pigmento moreno-amarillento y con muy activos movimientos; dispuestos hacia la periferia.	Gránulos de pigmento gruesos y de color moreno obscuro. Notablemente colocados en la periferia.	Gránulos de pigmento muy finos y raros, con ó sin movimiento. Marcada disposición en la periferia.
—	—	—
Alcanzan un diámetro de 7 *m* en la edad madura.	Diámetro, 5 *m*.	Diámetro, desde 1.5 *m* hasta 7 *m*.
—	—	—
Cuerpo que se segmenta en 15 á 30 segmentos, agrupados irregularmente alrededor de uno ó más centros pigmentarios.	Segmentos, 6 á 12, regularmente agrupados en forma de roseta, teniendo por centro un núcleo de pigmento.	Segmentos, 18 á 20 ó más, agrupados regular ó irregularmente alrededor de un centro pigmentario de forma confusa.
—	—	—
Formas preflageladas, consistiendo en un cuerpo esférico hinchado, pigmentado y de 10 á 12 *m* de diámetro.	Formas preflageladas, de 6 á 8 *m* de diámetro, esféricas y pigmentadas.	Preflageladas formas, de 5 á 6 *m* de diámetro, y derivadas de las formas semilunares y ovoides, con las cuales están asociadas.
—	—	—
Formas flageladas más grandes que las de la cuartana y estivo-otoñal.	Formas flageladas, más pequeñas que las de la terciana y estivo-otoñal.	Formas flageladas más pequeñas que las de la terciana, pero más grandes que las de la cuartana.
—	—	—
Los eritrocitos empalidecen y se hinchan.	Los eritrocitos se hacen obscuros y se contraen.	Los eritrocitos se hacen cobrizos y dentados.

Para mis observaciones he tomado sujetos no habituados al paludismo, en tratándose de la marcha clásica, típica, de la infección; y para el estudio de la toxina he tomado, además, sujetos nativos de este lugar y notoriamente intoxicados. Me contraeré á dos, los más adecuados de mis sujetos:

* * *

Fidencio N., natural de Autlán, Jalisco; de 35 años de edad, robusto, no alcohólico, y que trabaja como doméstico. Recibe la infección el día 17 de Diciembre, á las 10 a. m., dejándose picar por un anofelo que había recogido bajo el pabellón de la cama de un paciente de cuotidiana palúdica. Tomo temperatura el día 18 cada cuatro horas, en el día, y con un intervalo de seis en la noche. En sangre tomada ese día á las 4 p. m., nada anormal. El 19, á las 11 a. m., se queja de quebranto general: tomo sangre de un dedo, y hallo al microscopio lo siguiente: eritrocitos en general, normales en apariencia, respecto á hemoglobina; forma correcta; número, 4.500,000 por milímetro cúbi-

co, aproximadamente; leucocitos polinucleares, en la proporción de 6,300; un eosinófilo; ningún parásito. Cuatro horas después: temperatura, 39°4 C. en la axila; la sangre, al puncionar el dedo, forma perfecta cúpula; me parece de color obscuro: revela al microscopio parásitos endoglobulares hyalinos, sin pigmento y con lentos movimientos; alguna agrupación pigmentaria entre los eritrocitos, y, escapando de una hematie, puede verse un parásito en forma de cono, con estrías de pigmento fino. Transcurridas otras cuatro horas, la temperatura es de 38°2 C., y la sangre revela al microscopio multitud de formas endoglobulares, y pequeñas formas libres, en las cuales no es posible distinguir bien el pigmento á la luz artificial, por sus vivos movimientos. Pero hay otras como de 7 *m*, ovales y muy pigmentadas, inmóviles.

El día 20 continúo recogiendo sangre cada cuatro horas, sin que falten los parásitos endoglobulares y libres, bajo la forma de cuerpos hyalinos, ligeramente pigmentados. Pero no se presenta elevación franca de la temperatura, que no pasa de 37°8 C., hacia las 4 p. m.

El 21, al amanecer, hay calofrío leve; temperatura, 39°3 C., y la sangre muestra diversas formas del parásito: desde la endoglobular á la segmentante. Hacia las cinco de la tarde se presentan en la sangre multitud de leucocitos polinucleares, mononucleares, linfocitos, y dos eritroblastos en la preparación.

El 22, hacia las 11 a. m., la temperatura se eleva á 40°, y la sangre ofrece una verdadera explosión de parásitos. Por donde quiera lagunas formadas por cuerpos rectiformes y millares de plasmodios, desde el pequeñísimo cuerpecillo hialino, libre y con acompasados movimientos, hasta la obscura forma de escudo, densamente pigmentada y de suaves movimientos ondulatorios. Los leucocitos polinucleares han desaparecido, y apenas se ven algunos, muy raros mononucleares, y eritroblastos, de la forma gigante.

Temo hacer criminal mi espectación, y pongo luego una inyección de clorhidrosulfato de quinina, siguiendo desde entonces la activa medicación clásica.

* * *

María N., soltera, de 30 años, originaria de Pachuca, y recién venida á la costa, presenta una magnífica oportunidad para mis observaciones. Conviene en ser infectada, y recibe las picaduras—tres—de un mosquito infectado de terciana, procedente del anterior enfermo en el primer acceso.

El día 25, dos días después de inoculada, presenta el primer acceso, hacia las 9 de la mañana. El examen anterior de la sangre, hecho la tarde del 24, nada ofrecía de anormal, sino el color—me pareció más obscuro—de las hematies. A las 10 a. m. tomo la primera sangre, y hallo multitud de formas hialinas pigmentadas, en forma de anillo, libres, y endoglobulares no pigmentadas; leucocitos polinucleares, en número normal. Los eritrocitos presentan muy empalidecido el centro, fenómeno que continúa aumentando cada día, hasta presentar los eritrocitos la forma de discos perforados en el centro.

Continúo tomando sangre cada cuatro horas, observando el desarrollo y perfeccionamiento de las formas del plasmodio.

El día 26 y el 27, la temperatura permanece estacionaria en la normal, 37° á 37°3. Pero el día 28 amanece la paciente con 39°5 de temperatura, y en la sangre se observa una verdadera explosión de formas segmentadas. Hacia las 4 p. m. se presenta un fuerte calofrío con cefalea y dolor intolerable en los

lomos y muslos. La enferma vomita un caldo amarillento, y por la noche tiene subdelirio. Me apresuro á poner una inyección de 1.50 clorhydrosulfato de quinina, y alguna otra medicación sintomática, á fin de no exponer á mi paciente á graves consecuencias.

En los días 28, 29 y 30 hay elevación de temperatura, siendo las máximas, respectivamente, 38°, 37°9, 38°2, á pesar de dosis altas de quinina.

El examen de la sangre deja de presentar parásitos el 31, pero ese día la temperatura es de 38°9 constante.

El 1° de Enero toma un enérgico purgante de jalapa y calomel, gránulos de sulfídral y yodados—más adelante me refiero á esto—consiguiendo al fin el día 5 una franca entrada á la convalecencia, con retorno del apetito, desaparición de los dolores raquídeos, musculares y de la cefalea.

Para concluir, haré notar que el día 3 aun había dos ó tres formas hyalinas endoglobulares del parásito malarígeno, en la preparación de las cinco de la tarde.

III

Pasemos á la interpretación de los puntos observados en la sangre de Fidencio.

Por la estación, y dado el clima peculiar de nuestra costa, tenemos la recrudescencia estivo-otoñal de la malaria; y el anofelo que dió la infección había tomado parásitos de forma cuotidiana, de la estivo-otoñal. Pero el sujeto infectado presentó el tipo terciano; y sus parásitos, que deberían tener la forma de anillo ó disco, se presentan en otras formas, menos en esta; y tienen pigmentos más bien gruesos que finos. En cuanto á los cuerpos en margarita ó segmentantes, lo mismo pueden pertenecer al tipo de la terciana que al de la estivo-otoñal, pues presentan desde 15 á 25 segmentos. No hay formas semilunares, bien que la sangre ha sido tomada de la periferia.

Y en cuanto á la observación de la sangre fresca, conservada cinco días con las precauciones de estilo, no da mayores luces. En el espacio de treinta horas, muchas formas endoglobulares se hicieron libres, se hincharon, se presentaron más obscuras y densas, y algunas emitieron pseudopodos; otras se segmentaron irregularmente, teniendo ya uno, ya dos pigmentos centrales; y, por fin, muchas ni emitieron pseudopodos ni se segmentaron, quedando en forma de cuerpos ovales, plenamente pigmentados.

La sangre de María N., que debería presentar parásitos de la cuartana, nos ofrece, lo mismo que el anterior, una confusión de tipos, saltando de una forma á otra. Y en esta sujeto, el tipo de su fiebre llega á ser francamente terciano, sin que por eso se perfilen y definan mejor los caracteres distintivos de la forma del parásito.

Pasemos ahora á juzgar los fundamentos de la clasificación, sin tomar en cuenta las observaciones que anteceden.

Morfológicamente, no hay línea que separe netamente los caracteres de las tres especies. En las tres, el parásito joven no tiene forma precisa—ni pueden tenerla estos amebos.—Cuerpo hyalino, con diferencias en tamaño, que se fijan por el *más grande que, pero menos grande que...*—otro cuerpo que á su vez resulta *menos grande que, pero más grande que...* Pigmento, *fino, menos fino, más grueso...* Pero ¿es que tal pigmento no crece, no engruesa con la edad del parásito? Así, un parásito de diez horas de edad deberá tener más fino el gránulo pigmen-

tario qne otro de veinte horas. Y ¿cómo fijar esta edad? La actividad del pigmento es otro dato sumamente vago y equívoco, pues depende de la mayor ó menor vitalidad del grupo parasitario en que se le observa, y esta vitalidad depende de tantas causas.... Y, para no citar otras, he observado que, en los caquécticos, donde el impaludismo reina sin trabas ni obstáculos, el movimiento de los pigmentos.... ¿es mayor?.... ¡todo lo contrario! es casi imperceptible. No satisface, pues, tal carácter distintivo.

El diámetro de los parásitos libres, aun tomada la media proporcional, no fija la especie, pues depende naturalmente de la edad de estos parásitos, y su evolución no es uniforme, *madurando* unos antes que los otros, por más que sean de nacimiento sincrónico.

En cuanto á las formas flageladas, tomando el número de sus flagelos, ó el tamaño del parásito que los emite, ningún carácter preciso pueden presentar, por las razones dadas en el anterior párrafo.

Respecto á los eritrocitos enfermos, ó atacados por un parásito, tampoco dan racionales signos distintivos. Los eritrocitos no sólo se hinchan y están pálidos en la infección por el parásito de la terciana, sino siempre que hay hydremia y en algunas formas de anemia. Y es común verlos tomar la forma crenelada ó dentada en la terciana y en la estivo-otoñal, y su crenación no obedece á la presencia del parásito especial de la estivo-otoñal, sino á la presencia de cualquier parásito cuya toxina altera la composición de su plasma.

Y viene á mi memoria el recuerdo de los minuciosos caracteres distintivos con que se ha querido separar morfológicamente el *bacilus-coli* de los *paracoli comunis* y de Ebert.

IV

Sólo que en tratándose del parásito de la malaria, no hallo justificado este empeño, fuera de la abstracta utilidad científica de la clasificación.

La malaria, cualquiera que sea la forma del parásito, no tiene otro tratamiento racional y enérgico que el de las sales de quinina para destruir éste. Ni siquiera está justificada la abstención de aplicar el tratamiento en espera de la oportunidad medicamentosa; pues debe darse desde luego, *inmediatamente* que se diagnostica el padecimiento, *sea cual fuere el momento* y el tipo de periodicidad que éste revele.

En mi humilde concepto no bastan las sutiles distinciones de forma con que se ha querido individualizar estados de transición del *plasmodium malariæ;* y la periodicidad de sus ataques obedece á obstáculos que la economía del hospitalario opone á su desarrollo, trasmitiéndose frecuentemente de una á otra generación de parásitos, como una costumbre, pero no como una ley, la duración periódica de su desarrollo. Y en apoyo de mi tesis, además de los expuestos argumentos, quedará en pie y sin solución el cambio de tipo periódico en un mismo enfermo, que sin nueva infección pasa de la terciana á la cuotidiana....—y á la cuartana—con más frecuencia de la que hace suponer la trinidad morfológica.

Quédame algo por exponer respecto á la perniciosa. Al tratar de la toxina palúdica trataré este punto.

V

Una diaria observación durante más de siete años, y diarios exámenes microscópicos de la sangre, por más de tres años, ejerciendo en un centro del más terrible paludismo, prestan á mis observaciones la luz que no podrían darles ni mi deficiente saber ni la falta de comunión médica en que vivo. Acreditalas también de veraces la sinceridad con que publico mis observaciones poniendo mi humilde opinión frente á la afirmación de eminentes paludólogos que han venido sosteniendo la trinidad—multiplicidad para algunos—morfológica del plasmodio; y exponiéndome á llevar como castigo de mi sinceridad el epíteto de ignorante audaz.

Confío, sin embargo, en que la piedra de escándalo que hoy arrojo, sirva para excitar á esas eminencias á buscar—y quizá á hallar—caracteres morfológicos más precisos, y razonamientos más convincentes para establecer más probadamente la relación entre la forma del plasmodio y el tipo de periodicidad.

Entretanto, y para mí, sólo hay una especie: la del *plasmodium malariæ*, teniendo como formas de involución las diversas que se le conocen y *tal vez alguna otra* que ya se sospecha, y en la cual pueda existir fuera del hombre y del mosquito.

Terminado este largo paréntesis, doy principio á la exposición de mis observaciones.

VI

Cuando se vive en un lugar malarígeno, se está expuesto no á una sino á múltiples infecciones por el plasmodio. Una incontable cantidad de mosquitos infectados lo asedian y pican inoculándole el parásito procedente de diversas fuentes; así, para poder observar en buenas condiciones la marcha de la infección, precisa hacer la inoculación con un mosquito cuyo origen de infección nos es ya conocida y substraer al paciente á toda nueva infección.

Así procediendo, creí obtener un tipo puro de determinada forma involutiva. Pero, en vista de varios fracasos, y aceptadas las conclusiones antes expuestas, sobre este punto, prescindiré de restricciones y hablaré de la malaria como procediendo de una sola especie de parásito.

Y bien: lo primero que llama la atención, es que para que la infección surta sus efectos generales, se necesita por regla general que la anteceda ó siga inmediatamente una perturbación nerviosa, un choque, un sacudimiento, una emoción: ó bien una perturbación orgánica de otro sistema que tenga por resultado una caída del tono nervioso.

Un susto, una cólera; un enfriamiento prolongado, la falta de alimentación suficiente; ó una indigestión; sobre todo el período de colapso *(cruda)* que sigue á los excesos alcohólicos, son causas suficientes para asegurar la infección. Y cuanto más profunda sea esta perturbación, más rápida será la revelación del mal. He visto á un marinero alemán sufrir el primer acceso de fiebre treinta y seis horas después de llegado al puerto, habiendo pasado alcoholizado las primeras doce horas, y que fué infectado probablemente durante *la cruda*.

El plasmodio no halla resistencia en las hematies que aborda, su licina las disuelve, y con abundantísimos elementos obtiene su rápida y multiplicada reproducción.

En esta primera faz la sangre revela al microscopio formas endoglobulares y libres; poco pigmentadas, pero con vivos movimientos de los gránulos pigmentarios. Las hematies presentan, si no están ocupadas, un disco uniforme en color y densidad, y están acompañadas de múltiples leucocitos polinucleares. En los días siguientes, si el paciente no ha tomado quinina ó la ha tomado en insuficiente cantidad, se ven ya aparecer cada vez más abundantes las distintas formas del plasmodio. Ya no son los cuerpos hyalinos con ó sin pigmento, solamente los que se hallan, sino las formas ovales—cuerpos esféricos;—las en rosa mostrando desde 6 á 25 ó más segmentos, *indistintamente*. Las hematies se muestran con desigual densidad en su plasma, ofreciendo este corrugaciones, excesiva transparencia en su centro; unas veces vacías casi—formas fantasmas—otras con tal aumento de densidad, que se las puede tomar por linfocitos; con gruesos núcleos—3 á 6—que presentan una más obscura coloración; otras salpicadas de finos gránulos de pigmento, sin que la apariencia de su densidad uniforme haya cambiado. En estos momentos los leucocitos polinucleares han disminuído, y los mononucleares, los linfocitos, los eritroblastos y los eosinófilos, se presentan.

Por fin los parásitos dejan toda forma regular: gruesos cuerpos hyalinos, polinucleados, y de 20 á 30 *m*, se ven al lado de pequeñas formas que escapan de las hematies, ya semejando abanicos que se despliegan, ya masas no pigmentadas casi, que, estrangulados dentro de la hematie, se extienden fuera como la *clara* de un huevo que se escapa por una pequeña abertura. En este período, y sea cual fuere la estación, he visto los cuerpos semilunares, ya en forma de rodillos *(germinal roads)*, ya como un plátano, con desigual repartición de su pigmento, y con un tamaño que oscila entre 6 y 14 *m*, ó más.

* * *

Y ¿qué relación hay entre estas formas y el tipo de intermitencia ó periodicidad de la fiebre? Para mí, nada fijo. Cuando por forma del plasmodio he creído tener una terciana, el paciente sufre una cuotidiana, y la que he tenido como cuartana verdadera, deja de serlo muchas veces para volver con un tipo cuotidiano, ya por la intervención de la quinina, ya sin ésta ni otra alguna intervención medicamentosa, y sólo con el cambio de lugar para el paciente.

En vista de estas tan multiplicadas observaciones, he limitado mi conducta —como médico y sin abandonar la observación; como empeñado que estoy en el problema—á cerciorarme de la existencia del parásito, para prescribir invariablemente, y sea cual fuere el período, las sales más puras de quinina, ya por la boca, ya por la vía hipodérmica, según la tolerancia del paciente, y urgencia ó gravedad del caso.

* * *

Pero hace mucho tiempo comenzó á llamar poderosamente la atención el hecho de que no bastaba á restablecer la salud la ausencia del plasmodio. Sin que la sangre revelara la presencia de éstos, y sin que variación alguna termométrica indicara la existencia de la fiebre palúdica, los enfermos conti-

nuaban quejándose de quebrantamiento general, ineptitud cerebral, impotencia muscular, apatía para cualquier asunto, aún para los que antes despertaban su entusiasmo. Una terrible lasitud los tenía invalidados para toda ocupación. Un sueño pertinaz, pero no reparador, los obligaba á permanecer en cama muchos días. La anemia (contra la cual el arsénico, el fierro y la estricnina, resultaban medianísimos recursos) los mantenía sumidos en el marasmo y la indiferencia á cuanto les rodeaba. Y ¡cosa rara! el examen cuantitativo y cualitativo de la sangre, estaban en desacuerdo con la gravedad de las manifestaciones morbosas. Así he visto sucumbir á muchos, en quienes sólo pude hacer constar un bazo más ó menos voluminoso; una hipinosis de la sangre, oligemia...., nada en resumen. Y la muerte ha venido en medio de un colapsus, sin fiebre, sin lucha; ¡una verdadera extinción silenciosa!

. . . . . .

***

Empeñado en combatir la hipermegalia esplénica, comencé á usar los yódicos alternando con los arsenicales y la quinina, y observé con satisfacción que no sólo disminuía el volumen del bazo, sino que bajo la influencia de esta medicación el paciente salía de su atonía, volvían con el apetito y las fuerzas, la actividad cerebral, y, sobre todo, desaparecía el quebrantamiento general, la raquialgía, y el dolor gravativo cerebeloso, de que tanto se quejaban.

Con motivo de algunos experimentos emprendidos para combatir la ponzoña del alacrán, observé que las hematies de los emponzoñados, que tenían la tendencia á agruparse formando lo que se llama apilamiento de monedas, recobraban con los yódicos su independencia y libre separación; me propuse observar lo que pasaba en la sangre de los anemio-impaludados, bajo la acción de estos medicamentos.

Son todavía muy pocas mis observaciones para formar doctrina; pero han sido suficientes para alentarme. Helas aquí:

En la sangre de los que sufren la anemia con hipermegalia palúdica del bazo, la sangre se presenta con las hematies fragmentadas unas veces, otras, y esto es muy común, forman estos discos uniéndose la figura de una pila de monedas sobrepuestas una á una; su destrucción ó deformación es rápida, y muchas veces no basta á conservarlos el rodear la preparación destinada al microscopio, con el bálsamo: bastan 10 á 20 horas para deshacerlas ó deformarlas.

Bajo la influencia de la preparación siguiente, estos fenómenos se modifican con increíble rapidez:

Yodo metálico.	0.01 gramos.
Yoduro de sodio.	0.05 —
Sulfato de cinconina	0.25 —
Cacodilato de sosa	0.01 —

Para una pastilla: cuatro de éstas repartidas en el día.

***

Cada protozoario al abandonar la hematie que lo hospedó, al multiplicarse por seiciparición—no importa la forma de procedencia—abandona con el cuer-

po residual una toxina. Esta ha sido elaborada para transformar el plasma de la hematie en una substancia asimilable, durante su vida de enclaustramiento; le servirá después, y para eso continúa elaborándola, para atacar el plasma de la sangre en que flota y para las hematies, de nuevo, cuando sus desendientes vuelven á enclaustrarse. Pero queda un exceso en la plasma, en el suero de la sangre; y esta toxina excedente, será la que vaya á perturbar el cerebro... digo mal, no será, *es* la que viene á producir el calofrío y la fiebre en cada explosión de las células madres al multiplicarse; á cada vez que las formas intraglobulares dejan la hematie, en cada vez que los cuerpos segmentantes desprenden sus segmentos, y en cada vez que una nueva generación se desata en el plasma sanguíneo. Es decir, cada 24, 48 ó 72 horas, según la riqueza de los elementos que favorecen y determinan la multiplicación: en una palabra, á cada paroxismo.

Pero esta acumulación no es uniformemente creciente. El organismo—como lo prueban mil hechos similares—secreta á su vez—sea por sus leucocitos ó por otros cuerpos—antitoxinas que destruyen ó transforman químicamente las toxinas. De allí que sólo en los casos en que esta función aniquiladora ó neutralizadora, no sea suficiente, se produzcan esas graves intoxicaciones. ¿Es acaso el bazo un órgano encargado de esa acción antitóxica, y el acumulamiento de tóxicos despojos—cadáveres de plasmodios—estorba sus funciones y lo vence? ¿Vienen los yódicos á desembarazarlo por su acción oxidante y reductora de tales cuerpos, á la vez que obren allí y en todo el organismo, como antitóxicos directamente?

Creo en la existencia de la toxina palúdica, y á ella acuso de esa atonía, de esa toxemia subsecuente al paludismo: mejor dicho, creo que el paludismo es una intoxicación producida por el *plasmodium malariæ*.

* * *

¿Qué es una perniciosa palúdica? En mi concepto, una intoxicación palúdica aguda, sobrevenida en momentos de mínima resistencia del organismo, y quizá ayudada por la acción de las ptomainas no eliminadas en ese momento por el organismo.

* * *

Aislado en este obscuro rincón de la República, sin más guías ni consejeros, que mi mal educado criterio médico, nada extraño sería que lo que yo firmo como un artículo de Clínica microscópica, resultara un conglomerado de inexactitudes. Pero aún así, servirá cuando menos para despertar el celo de los que saben y moverlos á corregir mis yerros, ganando así la humanidad y yo.

Manzanillo, Enero de 1904.

DR. J. F. ROMERO.

CURIOSIDADES CLINICAS

El año de 1894 fué presentado en mi consultorio de Teotitlán del Camino, Oaxaca, el niño N., de 10 años de edad, de raza mazateca pura, bien constituído.

Lleva este niño en el lado izquierdo del cuello, entre el ángulo del maxi-

lar inferior y el borde anterior del hacecillo mastoideo del externo-cleido, un tumor que á la inspección presenta los caracteres siguientes:

Tiene el tamaño de un limón mediano, no es pediculado, la base ó punto de implantación es ancha, la piel que lo cubre es lisa, tendida, brillante, de color rosado y fina; está situado el tumorcito como á tres centímetros abajo y atrás del lóbulo de la oreja izquierda y haciendo ejecutar movimientos con la cabeza al niño, se ve que el tumor aumenta ó disminuye de tamaño.

A la palpación se observa que el tumor es blando, resistente, pasando los dedos por su superficie se creería tocar un pequeño globo de cauchuc lleno de aire, comprimiéndolo desaparece enteramente, percibiéndose la sensación del paso de un fluído gaseoso hacia las partes profundas del cuello; separando poco á poco los dedos, haciendo cesar la compresión, vuelve á levantarse el tumor, sintiéndose también el paso de dentro á afuera del fluído que lo llena; es indolente á todas estas maniobras, es frío, la piel que lo cubre no tiene adherencias ni bridas con los órganos colocados profundamente, ni se observa solución alguna de continuidad entre el borde anterior del externo-cleido y el ángulo de la mandíbula, el hueso maxilar inferior no presenta lesión alguna, los ganglios de la región están sanos enteramente.

A la percusión da un sonido timpánico en todos los puntos de su superficie. La compresión, y por consiguiente la expulsión hacia las partes profundas del fluído que llena el tumor, no ocasiona al niño ningún sufrimiento. Los movimientos respiratorios no resuenan sobre el tumor, la presión interior de él no aumenta conteniendo la respiración ó haciendo ejecutar al niño inspiraciones profundas, ni disminuye el volumen del tumor haciendo ejecutar al niño expiraciones enérgicas. Cerrando la boca del niño con la mano y oprimiendo con los dedos la nariz del niño de modo que no quede comunicación con el exterior, y comprimiendo violentamente el tumor, no hay ningún indicio de que el aire ó fluído que lo llena pase á la cavidad bucal ó nasal, y, haciendo cesar la compresión del tumor, se vuelve á llenar éste sin que se observe cambio alguno en aquellas cavidades. El sistema venoso del cuello no sufre ningún cambio con la compresión del tumor. El aparato auditivo del lado izquierdo parece intacto y no sufre ningún cambio con igual maniobra.

No pude cerciorarme de la fecha en que comenzó á formarse ese tumor, y parece que es congénito.

No cabe duda que se trata de un tumor gaseoso, sin comunicación con las vías respiratorias y con las cavidades bucal y nasal ó con el aparato auditivo izquierdo.

Llama fuertemente la atención la presión á que está el gas que llena este tumor y la facilidad con que pasa este gas al interior de esa región, sin poderse comprender á dónde va ni por dónde pasa.

Ignoro cuál puede ser la patogenia de este tumor y sólo por la región que ocupa puede entrar en la categoría descrita con el nombre de tumores gaseosos del cuello, pero debe convenirse en que es muy distinto de los pocos tumores gaseosos descritos hasta el presente en las obras clásicas.

No tuve ocasión de analizar el gas que contenía y no fué puncionado, por oponerse á ello el padre del niño.

Tacubaya, Enero de 1905.

DR. JOSÉ G. MENDOZA.

SECCION XVII.

TERAPEUTICA

EL TRATAMIENTO DE LA FIEBRE AMARILLA

POR LAS INYECCIONES
DEL SUERO ANTIPONZOÑOSO DE CALMETTE.

Por la importancia del asunto damos conocimiento á nuestros lectores de los siguientes ensayos clínicos que en estos momentos se están llevando á cabo en Mérida, Yuc., copiando algunos párrafos de una carta particular de nuestro buen amigo y compañero, el Sr. Dr. A. Saenz de Santa María.

***

«Continúa fuerte la fiebre á pesar de la campaña abierta en su contra: en el mes pasado tuve yo un caso en súbdito otomano, que sanó. El 30 de este mes fuí llamado para atender á una señorita francesa, de 19 años de edad, de la que me hice cargo, habiendo sido transladada al Lazareto, en donde seguí asistiéndola. Fué una fiebre atípica, pero perfectamente comprobada, pues que vomitó hasta la característica *borra de café* y tuvo deyecciones de sangre negra, lo que no deja duda del diagnóstico: pues bien, la enferma, á quien hoy dí de alta, y cuya observación tengo íntegra, por la especialidad del caso y del tratamiento, fué un caso tremendamente grave, como voy á manifestarle á grandes rasgos.

«Al séptimo día la enferma empeoró considerablemente: el día 8 de este mes, amaneció en un estado casi soporoso, y cuando fuí á mi visita en la tarde, la encontré en coma, en el que había estado casi todo el día; supresión completa de orina, y no había tomado ningún alimento: ante aquel cuadro desolador, y ya casi perdida toda esperanza, propuse á los compañeros que la veían conmigo, que era el Director del Lazareto y el Delegado Sanitario federal, que empleáramos las inyecciones de suero antiponzoñoso de Calmette, preconizado por el Dr. Betancourt-Rodríguez, de San Paolo (Brazil), según leí en *La Semaine Médicale*, de París, de 3 de Agosto último. A las 8 de la noche se le inyectaron 30 cm. c. de dicho suero.

«Al día siguiente la enferma había *resucitado*, y al despertarse pidió de comer, habiendo orinado abundantemente en la noche: en la tarde el estado comatoso era como el día anterior, pero menos pronunciado: otra inyección semejante. Al día siguiente nueva resurrección: en la tarde no hubo coma, pero su estado no era muy satisfactorio y se le volvió á inyectar el suero en cantidad de 20 cm. c. Desde entonces la mejoría fué progresiva, hasta hoy que la dí de alta.

«En los días que asistía yo á esta enferma, y ya se le había puesto la primera inyección, entró fuertemente atacado del mal al Lazareto, un joven, natural de León, Guanajuato, empleado del Circo Orrin, y al que se le instituyó desde el principio el tratamiento: hasta hoy no ha sanado, habiendo sido un

caso grave y perfectamente comprobado el diagnóstico. Su estado no es del todo satisfactorio, pero tengo grandes esperanzas de que sanará: este enfermo ha tenido temperaturas superiores á 41°.

«Dos súbditos otomanos entraron al Lazareto en estos días, y fueron sometidos al tratamiento: no fueron casos graves, y su estado actual es completamente satisfactorio.

«Nuevas experiencias se harán para comprobar el éxito del tratamiento preconizado por el médico brazileño, y de todo lo que ocurra pondré á vd. al tanto.

«Por si no hubiera vd. fijado su atención en ello, copio aquí el párrafo tomado de *La Semaine Médicale*, de París, de 3 de Agosto de este año, que me sugirió el ensayo á que me refiero:

«LE SERUM ANTIVENIMEUX CONTRE LA FIEVRE JAUNE.

Nous avons fait connaitre l'année dernière que—se basant sur diverses considérations théoriques et expérimentales — un médecin brésilien, M. le docteur Bettencourt-Rodriguez (de Sao Paolo), avait traité un malade atteint de fièvre jaune par des injections de sérum antivénimeux; malgré une certaine amélioration à la suite de chaque injection, le patient avait succombé, sans doute parceque la sérotherapie avait eté instituée à une époque trop tardive (Voir *Semaine Médicale*, 1903, pág. 427).

Depuis lors, notre confrère a eu récours au même mode de traitement chez 24 autres malades, dès la prémière periode de la fièvre jaune, le sérum étant employé à la dose de 30 c. c. en injection sous-cutannée. Ces injections ont toujours eu par effet d'arrêter les hemorrhagies, d'augmenter la diurése et d'améliorer l'état général, et AUCUN DES PATIENTS AINSI TRAITÉS N'EST MORT. Même lorsque le traitement n'a pu être commencé qu'à la troisième période de la maladie, l'action diurétique et hemostatique des injections n'en a pas moins eté très manifeste.

Le sérum antivenimeux paraissant d'autant plus efficace qu'il est administré d'une manière plus précoce, M. Bettencourt-Rodriguez estime qu'il convient de pratiquer les injections le plus tôt possible, alors même que le diagnostic est encore incertain.»

«En la *Revue Moderne de Médecine & Chirurgie et Revue Générale de l'Hypodermie*, correspondiente al mes de Abril de este año, núm. 4, París, he leído también lo que sigue, y aunque es anterior á lo que dice *La Semaine Médicale*, creo conveniente reproducirlo.

He aquí el párrafo:

«TRAITEMENT DE LA FIEVRE JAUNE PAR DES INJECTIONS DE SERUM ANTIVENIMEUSES.

Les médecins brésiliens et quelques auteurs allemands, dit *La Semaine Médicale*, avaient depuis longtemps été frappés de l'analogie existant entre les symptômes de la fièvre jaune et les accidents produits par les morsures de serpents. Le Dr. du Brézil était même arrivé à démontrer expérimentalement que les animaux auxquels ont avait injecté de la toxine de fièvre jaune, supportaient aisément des doses de venin de serpent plusieurs fois mortelles. Si les toxines de la fièvre jaune vaccinaient contre le venin, la réciproque était-elle vraie? M. Bettencourt-Rodriguez est venu apporter un fait positif à la thèse qui admet l'analogie des toxines du *vómito negro* et du venin ophidique. Il s'agit d'un homme qui 36 heures aprés le début d'une fièvre jaune à forme très grave fut pris d'hemorrhagies multiples accompagnées d'esophagisme, de strangulation, d'anurie presque complete, tous symptômes observés á la suite des morsures de serpents. Notre confrère, frappé par cet ensemble, n'hésita pas à injecter du sérum antivenimeux préparé

par le Dr. du Brasil. Il y eut 3 injections. La prémière fit cesser les hemorraghies; à la troisième les urines avaient répris leur taux normal et l'esophagisme avait disparu. Le malade ne put cependant être sauvé, soit que la forme fut trop grave, soit plutôt que l'intervention avec le sérum ait été trop tardive. Les auteurs se promettent de revenir sur la question et de poursuivre leur tentative dans meilleurs conditions. Souhaitons qu'ils nous tiennent au courant, car le sujet, en dehors du coté thérapeutique, a au point de vue philosophique, un intérêt dont l'importance n'échappera à personne et sur lequel il est inutile d'insister.»

***

Por la lectura del párrafo anterior, se ve que hace tiempo se está trabajando en el sentido dicho, y lo inserto anteriormente, de *La Semaine Médicale*, no es más que la continuación de las experiencias.

Por carta ulterior del mismo estimable compañero, hemos sabido que el enfermo, empleado del Circo Orrin, se encontraba ya perfectamente bien y en franca convalecencia, aunque por la gravedad excepcional del caso no se había creído prudente darle su alta hasta que se encontrase en completo estado de salud.

Los dos otomanos ya habían sido dados de alta, y otro de la misma nacionalidad acababa de ser asilado en el Lazareto, pero estando la enfermedad sumamente avanzada, se le creía perdido.

En extremo interesantes son, como verán nuestros lectores, las experiencias iniciadas por el médico brazileño, y esperamos que tan luego como el número de casos permita sacar una conclusión definitiva, nos sean comunicados los datos relativos, pues vivamente es de desear el hallazgo de un medio terapéutico eficaz que domine la terrible endemia de nuestras costas.

DR. E. L. ABOGADO.

ALGUNAS CONSIDERACIONES CLINICAS SOBRE LA APENDICITIS

(CONCLUYE.)

En el número anterior de este periódico insertamos un extracto del trabajo del Dr. Monin que, con el mismo título que encabeza el presente, publicó en el periódico intitulado *La Dosimétrie*, y que juzgamos interesante para nuestros lectores, por ser una cuestión de verdadera actualidad todo lo referente á esta enfermedad. Hoy que el autor termina sus considerandos sobre ella, creemos de nuestro deber el completar el resumen de las ideas del Dr. Monin, que es un terapéuta cuyos artículos leemos siempre con gusto por el reposo y el acierto que se destacan de sus escritos: en ellos no se ve por fortuna ese apasionamiento y ese «parti pris» que en ocasiones hacen sospechosos ciertos artículos.

El autor manifiesta que en la actualidad son ya bastante conocidas las formas crónicas de la apendicitis, por los síntomas gastro-intestinales que la caracterizan, aunque es preciso confesar que en esa sintomatología no existe una nota dominante y característica, un síntoma patognomónico, que precise con toda evidencia el diagnóstico.

En los enfermos de este género hay atonía, flatulencia, alternativas de constipación y de diarrea, dolores pelvicrurales y aún diafragmáticos y netamente neurálgicos ya á la derecha ó á la izquierda, palidez y tendencia al síncope ó lipotimias: pero todo esto sólo autoriza á diagnosticar una apendicitis crónica cuando en los antecedentes del paciente se registra ya una crisis aguda ó sub-aguda. En estos casos no es raro tener la sorpresa de ver estallar enmedio de esta relativa calma los accidentes más graves y terribles, que generalmente se inician con vómitos, por lo cual Siredey aconseja estar alerta con los niños que con suma facilidad y frecuencia vomitan.

Como las toxinas apendiculares son capaces de originar con todos sus elementos una nefritis, una hepatitis, una gastritis ulcerosa é influyen en toda infección, es en tales casos defendible la intervención, si existe y se comprueban debidamente los síntomas que proporciona el punto de Mac Burney, la defensa ilíaca y la hiperestesia parietal. Pero el semblante contraído y angustiado, el nerviosismo y la irritabilidad general y los dolores que se irradian del ombligo á la fosa ilíaca, sólo indican un catarro apendicular, es lo más prudente la expectación y esperar á que sobrevenga una crisis aguda á consecuencia de una concreción ó á la torsión del apéndice. Y no hay que fiarse, agrega Monin, en las adherencias protectoras, ni creer que el peligro disminuye mientras mayor es el número de crisis ó en la benignidad de éstas, pues bien sabido es que á menudo tras síntomas relativamente ligeros y benignos, la anatomía revela graves y profundas lesiones.

El Dr. Monin declárase en seguida partidario de la operación en caliente y enemigo de ella en frío, adhiriéndose por tanto á la opinión que hoy prevalece entre los cirujanos de mejor reputación y nota. El momento más oportuno para operar, ha sido, en efecto, uno de los puntos más calurosamente discutidos en la época moderna.

Monin condena el tratamiento que puede llamarse «clásico,» por ser el aconsejado en general, por el opio y la aplicación del hielo, porque aumenta la infección y hace casi indispensable la intervención armada, en lo cual están de acuerdo Bourget y Riviere y con ellos los clínicos más distinguidos. La medicación opiada encierra al lobo dentro del rebaño, impidiendo la acción peristáltica del intestino. Es esta una cuestión capital en esta afección, puesto que, como Panas lo ha demostrado, el entorpecimiento al libre curso de las materias fecales en el intestino, es causa de que que las toxinas atraviesen por un fenómeno de ósmosis, las paredes intestinales. Del mismo modo que en el tifo, de ningún modo es permitido constipar deliberadamente al paciente, no es tampoco permitido el oponer obstáculo alguno á las funciones del tubo intestinales. Por esa razón el Dr. Monin aconseja, y nadie evidentemente se opondrá por la justificada consideración enunciada, que en vez de la morfina y el opio, se haga uso de la hiosciamina, la canabina y el bromhidrato de cicutina. En vez del hielo aconseja el empleo del calor, á menos que este medio origine ó acreciente el dolor, lo cual es signo de un absceso en vía de formación. Las sanguijuelas que en la infancia dan, según Monin, resultados maravillosos, no dan resultados satisfactorios.

Si se considera la apendicitis como la manifestación local de un estado general, no deben esperarse para operar los signos de la peritonitis confirmada, sin confiarse en las mejorías aparentes, calificadas de «calmas traidoras» por Dieulafoy, en las cuales un estado infeccioso general, enmascara los síntomas agudos y más aparentes. En estos casos se observa por lo común poca, muy

poca calentura, pocos vómitos, poco meteorismo y aún la constipación habitual desaparece y se observa una ligera diarrea; entonces es cuando la expectación es altamente indebida y perjudicial.

En resumen, el Dr. Monin aconseja la operación en caliente, desde que la infección es manifiesta y es evidentemente indispensable siempre que existe ya supuración. La operación á frío ciertamente significa un peligro menor, pero entonces Monin la califica de ilusoria por estar curada ya médicamente la apendicitis, siendo muchas veces la enfermedad fantástica, pues simulada por contracción muscular, sólo se comprueba el error cometido después de abierta la cavidad abdominal. Este error es poco excusable, porque para operar es preciso tener razones múltiples y justificadas y la existencia de una salpingitis debe ser cuidadosamente eliminada. Para ello insiste mucho Monin en el aspecto del semblante, francamente peritoneal en la apendicitis y normal ó casi normal en las afecciones locales como la salpingitis.

El tratamiento que el autor aconseja, es en nuestro concepto irreprochable. El enfermo debe permanecer en cama, en una inmovilidad casi absoluta sobre el dorso y bien abrigado. Administrase una dosis de 40 centigramos de calomel, como el mejor purgante, según Riviére y según la mayoría de los buenos clínicos. Durante varios días se mantiene la dieta hídrica ó reducida á leche tibia mediada con agua de Vichy, te caliente y ligero, ó cocimiento de arroz: ésta debe sostenerse hasta la apirexia, sustituyéndola entonces con caldo, bebidas ligeras, purés y huevos tibios. El reposo es indispensable hasta que el dolor en el punto de Mac Burney ha desaparecido completamente, y para combatirlo mientras que existe, debe apelarse á la aplicación constante de cataplasmas calientes laudanizadas. Como purgantes accesorios aconseja el Sedlitz Chanteaud en dosis corta y adecuada para depurar la sangre, y continuando, si es preciso, el calomel, á la dosis de 5 centigramos diarios, como antiséptico y vermífugo.

Contra la calentura, mientras dura, Monin preconiza la medicación defervescente, la asociación de la aconitina, la digitalina y la estricnina, llamada comunmente «trinidad dosimétrica,» y en el caso en que hay desacuerdo entre el pulso y la temperatura (lo cual, según Jalaguier, anuncia la formación de un absceso), recomienda el hidroferrocianato de quinina, aún en los casos en que se recurre á una intervención operatoria. Para Monin, sólo al cabo de 3 días sin éxito de lucha médica y cuando hay dolor agudo, vómitos pertinaces verdes ó sanguinolentos, calofrios, icteria, aliento fétido, anuria, hematuria ó leucemia, es indispensable é inevitable la operación. Nosotros nos permitimos manifestar que acaso en tales circunstancias sea ya tardía la intervención.

Una vez convaleciente el enfermo, debe estar sujeto á un régimen especial, severo y vegetariano durante mucho tiempo; evitar todo esfuerzo y todo enfriamiento después de los alimentos, toda trepidación brusca y todo ejercicio violento; al mismo tiempo aconseja el uso de un ancho cinturón.

Como medicación externa, recomienda unciones sobre el vientre, de partes iguales de Lanolina, Salicilato de metylo y Terpinol; al interior dos gránulos de Cuassina y dos de Arseniato de estricnina de Chanteaud. Es preciso tener presente que si alguna vez tiene que ser operado por las malas condiciones de su apéndice, es necesario que esta intervención se efectúe en las mejores condiciones de salud general, pues la experiencia ha demostrado que la mayoría de los malos éxitos en esta clase de intervenciones, es debido á las malas condiciones generales del organismo. Por el uso habitual del Sedlitz

Chanteaud se logra que nunca se constituya el vaso cerrado, tan temible en toda infección. Los enfermos predispuestos á la apendicitis, deben evitar las comidas suculentas y el uso de las carnes sangrantes, que explica suficientemente la suma frecuencia de esta enfermedad entre los pueblos más carnívoros, en Inglaterra y los Estados Unidos.

Hasta aquí el Dr. Monin; permítasenos hacer algunas reflexiones:

* * *

En Medicina jamás debe ni puede haber «parti pris.» El formulismo en esta ciencia es imposible y toda regla de tratamiento invariable es un absurdo.

La apendicitis no puede ser tratada siempre de la misma manera y para saber la mejor conducta que debe seguirse en cada caso, es preciso estudiar «la forma.» Un proceso apendicular inflamatorio, simplemente catarral, exigirá tan sólo el tratamiento médico, y en esa forma toda intervención quirúrgica sería un atentado. En cambio, atentado de funestas consecuencias sería, sin duda, el dejar transcurrir un tiempo precioso y una oportunidad manifiesta, sin operar un caso de apendicitis perforante, caso en el cual la más correcta medicación no podría dar los resultados definitivos y satisfactorios que la cirugía.

La existencia de dos grupos contrarios, el de abstencionistas y el de intervencionistas *à outrance* es ilógico y no tiene razón de ser. La indicación en cada caso, si es una indicación verdadera, positiva y científica, siempre será una sola, porque una siempre es la verdad.

Nuestro apreciable amigo y compañero, el Dr. Godoy Alvarez, publicó hace poco tiempo en el núm. 9 del Tomo VII correspondiente al año pasado, de la *Crónica*, un extenso y bien meditado artículo sobre LAS apendicitis, en que estudia las *formas* de esta enfermedad. En ese estudio puede verse con claridad que el tratamiento médico y la intervención armada tienen su campo, su hora y su oportunidad. Como la materia es atractiva y de actualidad, nos permitimos recomendar la lectura de dicho trabajo del Dr. Godoy, pues en él se condensan las ideas de la escuela alemana, cuyo valor en el terreno científico es bien conocido.

DR. E. L. ABOGADO.

TRATAMIENTO DE LA GRIPPE O INFLUENZA

En el *Boston Medical & Surgical Journal*, últimamente se publicó un artículo por James Harvey, Bell, A. M., M. D., No. 251 East 32nd St., Nueva York, bajo el título de «Tratamiento de la Grippe ó Influenza.» En toda la secuela del tratamiento, apoya con preferencia el empleo de las drogas en forma de tabletas, porque así se garantiza la exactitud de la dosificación. El inconveniente que algunos encuentran en las tabletas con motivo de su insolubilidad, el autor lo vence con la trituración y expresivamente dice: «Siempre ordeno á mis enfermos que trituren las tabletas antes de tomarlas, con el fin de garantizar la celeridad de acción.» Este procedimiento fácilmente se aplica á las tabletas de Antikamnia, en que se omite la adición de algún excipiente que endurezca; ó en otras palabras, consisten exclusivamente en polvo de Antikamnia seco y comprimido bajo una alta presión.

SECCION XXIII.

ESTADISTICA

MORTALIDAD, NATALIDAD, PUERICULTURA.

Resulta del censo que se llevó á cabo en el año de 1895, que la población total de la República Mexicana constaba de 12.619,949 habitantes de todos sexos, edades y nacionalidades.

En ese mismo año murieron en el territorio nacional 391,177 individuos, lo que da un promedio de 30.99 fallecimientos para cada 1,000 habitantes.

La cifra de mortalidad es perfectamente exacta, porque es obligatoria la denuncia ante las autoridades respectivas, de toda defunción que ocurra en cualquier punto de la Nación; pero desgraciadamente no se aprovechan todos los elementos que se derivan de esa obligación, á favor de la Estadística Nacional, y los pocos datos que se recogen carecen de la uniformidad necesaria para que pudieran ser aprovechados en beneficio de la Higiene Pública y la de Demografía.

De las 30 secciones territoriales, que políticamente integraban en esa época la Nación, 24 distinguieron las defunciones acaecidas en su jurisdicción, en dos clases: las defunciones cuya causa fué clasificada por médico y los fallecimientos cuya causa no fué clasificada por médico.

Esta distinción es de sumo interés en un pueblo en que la mayoría de los componentes carecen de cultura, en que la población rural es casi en su totalidad analfabeta y preñada de ignorancia y de superstición.

A pesar de ser tan elemental como importante, tan fácil como trascendente, 6 Estados no distinguieron las defunciones sobrevenidas dentro de sus límites geográficos, según que la identidad de sus causas fué ó no técnicamente establecida.

Chiapas, Chihuahua, Hidalgo, Querétaro, San Luis Potosí y Sinaloa, cuya población en conjunto era de 2.197,004 habitantes, dieron en bruto la cifra total de su mortalidad, que fué de 59,033, lo que da un cociente de 26.86 por cada millar de sus pobladores.

En los 21 Estados restantes, en los 2 Territorios de la Baja California y Tepic, y en el Distrito Federal, que tenían 10.422,945 habitantes, ocurrieron 332,144 defunciones, siendo por consiguiente la mortalidad, de 31.86 al millar.

Como una curiosa digresión, anotaremos que de esos 332,144 fallecimientos, sólo en 72,544, la causa de la muerte fué clasificada por médico; y en... 259,600 no hubo esa clasificación técnica, ó lo que es lo mismo, en la comprehensión geográfica y en la masa de población arriba citadas, de cada 1,000 muertes que ocurren, la causa es clasificada por médico sólo en 218 casos y no es clasificada por médico en la respetable cantidad de 782. Más sencillo aún: el diagnóstico técnico de la defunción, sólo se establece en una quinta parte del total de los siniestros.

Este dato no significaría nada, si la ilustración y el buen criterio del pueblo, ó siquiera la solicitud y sagacidad de los encargados de recoger los datos de la defunción, nos dieran alguna garantía respecto á la exactitud aproxi-

mada del diagnóstico causal de ella; por el contrario, el estado rudimentario de la civilización de nuestros campesinos y de una gran parte del pueblo bajo de nuestras ciudades, nos obligan á dudar de la certeza en la causa de cada una de las defunciones que no fueron diagnosticadas por médico; y no es posible esperar que las deficiencias anotadas sean subsanadas ó parcialmente remediadas, por la investigación de los encargados de recoger los datos, supuesto que el hecho de que en 6 Estados de la Federación no se hayan distinguido las defunciones clasificadas técnicamente, nos prueba que los funcionarios respectivos, conceden poca importancia á la causa nosológica de la muerte, siempre que ésta no sea debida á violencias intencionales.

Se puede, por lo tanto, asegurar que la causa de la muerte es incierta ó totalmente desconocida en las cuatro quintas partes de las defunciones que ocurren en el territorio nacional, y que, en consecuencia, faltan los elementos primordiales, las bases esenciales, para establecer la geografía médica y la higiene pública, que son los fundamentos indispensables del progreso étnico de los pueblos.

La omisión del diagnóstico técnico, ó lo que es lo mismo, la ausencia del elemento médico en las cuatro quintas partes de las defunciones acaecidas dentro del territorio nacional, revela ó la profunda ignorancia, ó la intensa pobreza de las masas populares, ó lo que es peor todavía, la espantosa apatía de su carácter, que no logran conmover los sufrimientos de la enfermedad ni el instinto de conservación.

El resultado final es que los individuos mueren sin que el Estado aproveche las lecciones que se derivan del conocimiento de las causas exactas de la mortalidad.

* * *

Dejando á un lado esta digresión que á tan tristes consideraciones da lugar, pasemos á analizar las cifras de natalidad del mismo año, que en el balance de las fuerzas vivas de la Nación, representan el activo destinado á reparar las pérdidas originadas por la enfermedad y la decrepitud.

Si los datos referentes á mortalidad, pueden ser tachados de incompletos é inconexos, los relativos á natalidad carecen absolutamente de fe desde la representación de su cantidad numérica. Las cifras que se refieren á la mortalidad pueden ser obtenidas con relativa exactitud, gracias á la necesidad de inhumación que obliga estrechamente á la declaración del cadáver; pero en lo que toca á la natalidad, las oficinas de Estadística, son hasta la fecha, absolutamente impotentes para concentrar datos exactos, porque las ventajas sociales y legales, morales y efectivas que resultan de la declaración de un recién nacido, ni se han destacado bien en el defectuoso criterio de nuestro pueblo, ni cohiben á los deudos en el mismo grado, ni el mismo perentorio plazo.

Aquí, como más arriba, la carencia de cultura y de educación cívica y la abundancia de preocupaciones sociales, religiosas y económicas, alejan al pueblo de las oficinas del Registro Civil; y ahora como antes la recolección imperfecta y heterogénea de los datos respectivos, hacen punto menos que imposible toda apreciación seria en lo que se refiere á nuestra Estadística y Demografía.

En el año de 1895 fueron presentados á las oficinas del Gobierno 383,747

recién nacidos: si revistiéramos esta cifra del crédito y seriedad que le presta su carácter oficial, tendríamos que considerarla como la suma verdadera é infalible del número de nacimientos que tuvieron lugar en toda la República, y con toda serenidad podría afirmarse que en este año hubo un déficit en contra de la población criolla, igual á la diferencia que resulta entre 391,177 defunciones que representa la pérdida y 383,747 nacimientos que constituyen la reparación. Es decir, que en este año, la merma neta de los habitantes fué de 7,430 nacionales.

Afortunadamente para el porvenir de nuestra raza, los siguientes hechos desconceptúan y desacreditan el dato oficial relativo á nacimientos.

En Durango sólo 6,434 niños fueron registrados en las oficinas del Gobierno, mientras que en el mismo período de tiempo el clero bautizó á 10,506 niños.

En Michoacán fueron anotados en el Registro Civil 23,226 y tomaron las aguas bautismales 32,518.

En Puebla, contra 26,283 registrados, hay 28,381 bautizados.

Sin género ninguno de duda, se puede, por tanto, afirmar que en estos 3 Estados no todos los nacidos son denunciados al Gobierno, y esta certidumbre que gravita sobre la conciencia pública, no ha sido bastante á despertar ni la emulación individual ni la acción gubernativa con todos los medios coercitivos de que dispone para obligar á los individuos á cumplir con los deberes que espontánea y solícitamente deberían satisfacer.

No sería temerario aventurar la hipótesis de que lo mismo que sucede en aquellos 3 Estados, puede acontecer en los demás que forman la Confederación Mexicana, ó por lo menos en aquellos que en sus cuadros de natalidad hacen punto omiso del número de presentados á los ministros de los cultos. En este caso se encuentran 18 de nuestras entidades federativas.

En cuanto á las 9 restantes, 8 tienen cifras diferentes en cada una de las columnas destinadas á registrados por el Gobierno y bautizados por ministros de cultos, estando la diferencia á favor del Registro Civil, y uno sólo, Campeche, tiene en ambas columnas cifras del mismo valor.

En condiciones de Estadística de natalidad, tan heterogéneas, tan defectuosas y hasta absurdas, es de todo punto imposible descifrar la verdad.

¿Qué hacer entonces?

La presencia de una cifra que represente la natalidad, es ineluctable á fin de averiguar de qué lado se encuentra el saldo que año por año la Nación debe anotar en su cuenta de pérdidas y ganancias de fuerzas vivas é inteligentes; pero esta cuenta, que sin vacilación alguna, es infinitamente más valiosa que la del Tesoro Público, no ha sufrido hasta estos momentos el primer corte de caja.

El Estado conoce con exactitud matemática la fuente de sus productos rentísticos, el importe de ellos, la inversión de sus caudales y el dinero que sobra en sus cajas; pero el Estado ignora de todo á todo cómo vive, y no puede saberlo si no conoce la relación exacta entre estos dos términos: *natalidad, mortalidad*, contingente y deficiente de vigor, aumento y merma de fuerza, plétora ó anemia en la savia nacional. El cociente que resultare de la comparación entre esos dos guarismos, es la representación numérica del porvenir de la raza; si es igual á 0 ó representa un déficit, significa la mengua de la nacionalidad.

Cuando nuestra estadística demográfica haya alcanzado un grado de per-

fección equivalente al de nuestra estadística hacendaria, la Nación habrá dado el paso más importante y más gigantesco en el dominio de la civilización y del verdadero progreso.

Lo dicho basta, para hacerse cargo de las dificultades verdaderamente insuperables que hay para establecer la cifra, siquiera sea aproximada, de la natalidad. Para obtenerla no hay en nuestra organización social más que dos fuentes: el Registro Civil y los Curatos: el Gobierno y el Clero; los datos del primero son á todas luces erróneos y deficientes; la iglesia mexicana se rehusa á proporcionar los suyos, sea porque falta la organización necesaria á su compilación, sea por su mala voluntad á cooperar en la Administración Civil.

Desde la primera lectura de los guarismos oficiales, convenimos en que todo cálculo de natalidad era imposible; y si proseguimos en la tarea de investigar cuál es en definitiva el mayor número de nacimientos obtenidos en la Nación, es porque una cifra cualquiera, revestida de prestigio oficial, lo más alta posible, nos es indispensable para llegar á esta demostración final; que el número de nacimientos registrados y efectivos, no compensan no sólo la mortalidad general, pero ni aún la mortalidad infantil.

Por otra parte, se puede esperar, que lo absurdo, lo paradojal, lo siniestramente falso, de las conclusiones obtenidas, sirva de estímulo á nuestras clases directoras para infiltrar de manera intensiva en la conciencia de las masas populares el deber que tienen de registrar á los recién nacidos; y despertar en el Gobierno la acción enérgica y eficaz para compeler á los ciudadanos á cumplir por la fuerza, las obligaciones sociales que de grado no cumplen.

Si en vista de las dificultades abrumadoras que pesan sobre todo cálculo de estadística demográfica, se renunciara de una manera definitiva á la interpretación de los guarismos oficiales, de nada servirían las oficinas respectivas, de ningún provecho resultarían los gastos que originan, ni los sacrificios que imponen á la Nación.

Llegados á este punto, y firmes en nuestro propósito de llegar hasta el fin, no nos queda para averiguar la natalidad, más que tres caminos:

I. Aceptar las cifras que tienen por origen las oficinas del Gobierno Civil; ó

II. Utilizar hasta donde sea posible las que dimanan del Gobierno Eclesiástico; ó

III. Tomar de una ú otra fuente, la cifra más alta en cada Estado.

Dijimos ya que el primero, por sus deficiencias, nos conduce á resultados tan falsos, como desalentadores; que el segundo es inaccesible, porque algunas Diócesis se niegan á franquear sus archivos; en cuanto al tercero, se nos impone como el más aproximado á la verdad y el más sugestivo para nuestras aspiraciones.

Para obtener la cifra más alta de natalidad, en toda la República, precisa sacrificar la homogeneidad de las fuentes de información; poco importa, para nuestro objeto, tomar en cada Estado, el número de registrados por la autoridad civil ó el número de bautizados por la autoridad eclesiástica; la cifra en ambos casos se refiere al número de nacidos en el mismo territorio, y creemos que aquella de las dos autoridades que acusa el más alto número, ha tenido ó por lo menos ha aprovechado mejor sus elementos de coacción moral [illegible] aproximarse á la verdad. No nos interesa, por consiguiente, el

origen de la cifra, si acusa el mayor número de nacimientos en relación á una misma entidad federativa.

Procediendo de este modo, nos encontramos en primer lugar los tres Estados ya citados, que tuvieron en conjunto 55,943 registrados contra 71,405 bautizados, siendo esta última cantidad la que aceptamos como idónea del número de nacidos en esas entidades. En el resto de la Unión, tomamos el número de registrados; bien porque en algunos Estados esta cifra es mayor que el número de bautizados; bien porque en otros no fué posible obtener los datos clericales; ó bien porque en Campeche es indiferente tomar la cifra de nacidos en uno ú otro origen, supuesto que en ambos es idéntica.

Consta en los documentos oficiales que en esta parte del territorio nacional fueron declarados ante la autoridad civil, 327,804 recién nacidos que, sumados á los 71,405, bautizados en Durango, Michoacán y Puebla, hacen un total de 399,209 nacimientos constantes en toda la República Mexicana; esta cifra es la más elevada y la más aproximada á la verdadera de nuestra natalidad, y es la única aprovechable en el saldo de ganancias y pérdidas de la Nación.

Ahora bien, si de los 399,209 recién nacidos, descontamos los 391,177 que murieron, resulta que la ganancia líquida de fuerzas vivas en el año, fué de 8,032 individuos, es decir, que el aumento de la población criolla é indígena en doce meses y sobre 12.619,949 habitantes, fué en la proporción de 0.63 centésimos por cada millar.

Por más desconsolador que este cálculo sea, no da más que una idea parcial é inferior á la verdad del desastre real ó ficticio que amparan las estadísticas oficiales.

Si los 399,209 niños que en el año nacieron, debieran contarse íntegramente como otras tantas fuerzas individuales adquiridas por la población, tendríamos que concluir que hubo un aumento de habitantes criollos ó indígenas, aún cuando la ganancia obtenida, por su pequeñez é insignificancia, resulte irrisoria y despreciable. Pero de ese número de nacidos hay que desechar de luego á luego los que se refieren á niños muertos.

Al consultar el número de éstos en los documentos oficiales, tenemos que lamentar una vez más la deplorable deficiencia de nuestros datos estadísticos.

En efecto; no todas las divisiones políticas que integran la Nación, se preocuparon de investigar ó de anotar el número de productos de parto muertos en su jurisdicción. En 20 Estados, el Territorio de Tepic y el Distrito Federal, si se anotaron 7,556 niños nacidos muertos, sobre 339,946 partos que ocurrieron en la extensión total de su territorio, cifras que acusan un cociente de 22.22 niños que nacieron sin vida, por cada millar de alumbramientos; pero en Chiapas, Chihuahua, Hidalgo, San Luis Potosí, Sinaloa, Sonora, Tlaxcala y la Baja California, no hay ninguna indicación de feto muerto, sobre el total de 59,263 alumbramientos que acontecieron en su comprehensión.

La falta de una cifra numérica que represente en estos Estados el valor de las pérdidas fetales en el embarazo ó en el parto, indudablemente no quiere decir que esas pérdidas no existen; supuesto que en pueblos que tienen mejores elementos de asistencia obstétrica, la muerte del feto por aborto, por preparturición ó por distocia, acontece por lo muy menos una vez en cada cien casos. Entre nosotros, en el resto de la República, la mortalidad fetal en el acto de la parturición ó durante la época de gestación, es, según las cifras oficiales, de 2.22 por ciento. Es de suponerse que la falta de esa cifra, en las entidades federativas, citadas en primer lugar, no indica más que la ignorancia

absoluta en que sus respectivas administraciones se encuentran respecto al valor efectivo de su natalidad.

En esos territorios, como en el resto de la Nación, como en todos los países, debe existir una mortalidad fetal, que en paridad de elementos cósmicos es tanto más alta cuanto más ignorante, depravado y miserable es el pueblo que se considera. Si admitimos que las condiciones étnicas y sociales de las diferentes razas y de los diversos pueblos que ocupan el vasto territorio de la República, tienen la similitud necesaria para determinar su cohesión y constituir una entidad nacional, podemos afirmar, también, de una manera genérica, que el pueblo de todos los Estados de la Unión sufre idénticas influencias nocivas derivadas de condiciones parecidas de origen, de aclimatación, de educación física, de cultura, de degeneración y de prosperidad equivalentes, y como estas influencias son predominantes sobre las del circumfusa sensible, en la determinación de la mortalidad del producto en los actos fisiológicos de la reproducción humana, tenemos que concluir á una mortalidad fetal equivalente en todo el territorio de la Nación.

Ahora bien, si aplicamos el 22.22 al millar de nacidos muertos, sobre cada 1,000 recién nacidos, que resulta del cálculo de mortalidad fetal, sobre 339,946 partos que tuvieron lugar en 22 secciones territoriales que estimaron en sus datos de natalidad la vitalidad del producto, á los 59,263 que se verificaron en las siete entidades y el territorio restantes que despreciaron registrar el valor vital del producto del nacimiento, tendremos que descontar de esta última cifra 1,316 niños que probablemente nacieron muertos, lo que reduce el valor líquido de las ganancias importadas por los nacimientos, en esas fracciones del territorio nacional, á 57,947 fetos que sobrevivieron al parto.

La misma cifra de 1,316 nacidos muertos, según este cálculo en dichas secciones, debe sumarse á los 7,556, que según las estadísticas respectivas nacieron muertos en las otras 22 secciones políticas de la República, teniendo entonces un total de 8,872 fetos sin vida, sobre 399,209 nacimientos que acaecieron en un año en una población de 12.619,949 habitantes, lo que reduce el valor del activo por nacimientos, á 390,337, que es probablemente el número de niños nacidos vivos.

Como el total de pérdidas por fallecimientos, fué igual á 391,177, resulta un déficit definitivo, según documentos oficiales, de 840 habitantes para el conjunto de la población nacional.

* * *

Hay más aún; si los 390,337 niños aportados por los nacimientos á la vida alcanzaran la duración media de la existencia humana en nuestro planeta, si todos ellos supervivieran á la edad adulta, su contingente sería una esperanza para el aumento de población ó una rémora al debilitamiento de nuestras razas, que paulatinamente van cercenándose por lo mezquino de su natalidad y lo pródigo de su mortalidad.

Volviendo sobre las cifras de mortalidad, para investigar de qué edad murieron los 391,177 individuos á que se refieren, encontramos desde luego que Chiapas, Chihuahua, Hidalgo, San Luis Potosí y Sinaloa, ignoran el sexo, el estado civil, la nacionalidad y hasta la edad de los que sucumbieron en su jurisdicción. La carencia de datos estadísticos en estos Estados, nos obliga, por el momento, á eliminarlos de nuestros cálculos con sus 1.968,453 pobladores y sus 51,393 defunciones.

Nos quedan, por consiguiente, 22 Estados independientes, los Territorios de Tepic y Baja California y el Distrito Federal, poblados por 10.651,496 habitantes, de los cuales murieron en el año 339,784, de los que 159,923, fueron niños menores de 5 años de edad. Con estos datos obtenemos los siguientes cocientes.

1º La mortalidad general en esta circunscripción geográfica, está representada por 31.90 defunciones que ocurrieron en individuos de todas edades, sobre cada millar de habitantes en el año.

2º Los niños menores de 5 años; murieron en la proporción de 15 01 por cada millar de habitantes; y

3º De cada 1,000 individuos que sucumbieron en el año, 470.66, fueron niños menores de 5 años de edad.

Hasta aquí las cifras oficiales. Insuficientes como son para determinar por sí solas el monto exacto de la mortalidad de la primera infancia en toda la Nación, bastan para apreciar de una manera aproximada su valor verdadero, aplicando las mismas proporciones al censo y á la mortalidad de los cinco Estados que no conocen la edad en que mueren sus habitantes.

Autoriza á esta aproximación el hecho de que esos Estados no son limítrofes, no se encuentran en una misma zona geográfica, y por lo mismo no es de suponer que por razón de sus coordenadas, sufran de influencias climatéricas ó meteorológicas muy distintas de las que dominan en el resto de la República: al contrario, Chiapas y Chihuahua, San Luis Potosí, Hidalgo y Sinaloa, se encuentran diseminados bajo latitudes muy diversas, ya en el corazón de la República, como Hidalgo y San Luis Potosí, ya sobre la vertiente del Pacífico, como Sinaloa; ya en la frontera del Norte, como Chihuahua ó bien en la del Sur, como Chiapas.

Circunscritos están esos territorios por el resto de la Nación en donde las influencias patológicas dan una mortalidad general de 31.90 al millar, cifra sensiblemente igual á la de 30.99, determinada de antemano para toda la República.

Limítrofes son con los otros Estados de la Unión, en donde la mortalidad infantil gravita sobre la mortalidad general, con pesadumbre de 470.66 niños menores de 5 años muertos, por cada millar de defunciones.

Sitiados viven sus habitantes por los otros nacionales que tienen en la merma de su población 15.01 defunciones de niños menores de 5 años, por cada millar de pobladores.

Por estas consideraciones, es racional deducir que la mortalidad infantil que les corresponde, debe figurar en su mortalidad general y en su censo, en proporciones idénticas á la de los otros Estados de la Union, y que por lo mismo, de sus 51,393 defunciones, 24,188 deben referirse á niños menores de 5 años. Esta última cantidad, sumada á los 159.923 niños, que murieron antes de alcanzar dicha edad, en el resto de la República, nos da la cifra 184,111, que representa aproximadamente el valor total de las defunciones acaecidas sobre niños de primera infancia en toda la Nación y durante el año de 1895.

En consecuencia, si por la resta pura y simple de nacimientos de producto vivo y defunciones, se obtiene una diferencia de 840 habitantes, en contra de la población que existía al comenzar el año, el déficit se acentúa y se agrava por el hecho de que de las 391,177 defunciones que ocurrieron, 184,111, casi la mitad, se refieren á niños menores de 5 años de edad.

Para la agrupación social, para el porvenir nacional, para los intereses-

de la humanidad, las cifras oficiales si son exactas, hablan tan siniestra como elocuentemente. Dentro del egoísmo más refinado, la existencia efímera de esas 184,111 criaturas no importa nada porque niño que muere antes de alcanzar cinco años de edad, puede considerarse como no nacido; pero para los intereses de la comunidad, para el progreso nacional, la mortalidad de la primera infancia merece la atención más exquisita, no sólo porque si de los nacidos en el año se descuentan los que murieron antes de llegar á la edad de cinco años, se reduce del mismo golpe y en la misma proporción la ganancia de fuerzas vivas que en la República quedan disminuidas por esta mortandad á la mitad del número de nacimientos; sino también por las consideraciones que desde el punto de vista social y moral pueden hacerse sobre el grado de civilización y de cultura de un pueblo que llena con mortalidad infantil la mitad de sus páginas de estadística fúnebre.

DR. RAFAEL NORMA.

(Continuará.)

SECCION XXX.

BIBLIOGRAFIA

Précis élémentaire d'Anatomie Pathologique, par le DOCTEUR POULAIN, ancien interne, lauréat des Hôpitaux de Paris, moniteur d'anatomie pathologique de la Faculté. Préface du Docteur Legry, Professeur agrégé á la Faculté de Médecine de Paris. 1 vol. in-8 carré de 308 pages avec 68 figures. Paris, 1905. G. Steinheil, éditeur, rue Casimir-Delavigne, 2.—Prix, cartonné: 6 francs.

* * *

La importancia del estudio de la Anatomía patológica ha crecido considerablemente durante los últimos años.

Antes de la reforma de los estudios médicos, ningún examen especial atraía la atención sobre esta ciencia, de la cual solamente se exigían algunas nociones en el curso del 5º examen de doctorado ó examen de Clínica interna: todo se reducía á reconocer algunas piezas de autopsia en el anfiteatro; pero en la actualidad todo ha cambiado: el examen dedicado á la Anatomía patológica comprende: un diagnóstico á la vista natural de las piezas frescas que provienen de los hospitales; el examen al microscopio de una ó varias preparaciones histológicas; y, por último, de un interrogatorio sobre la Parasitología.

El *Précis élémentaire* de Mr. Poulain ayudará eficazmente á los estudiantes, á los cuales está especialmente destinado. Encierra el resumen de los conocimientos necesarios para el diagnóstico histológico, á la vista natural y al microscopio, de las lesiones principales de todos los órganos. Las discusiones teóricas y la exposición de las doctrinas se han resumido y se han reducido á su más simple expresión. El estudio de la técnica, útil solamente á los alumnos del laboratorio, sólo ocupa un resumen ó extracto al fin del volumen como un breve apéndice.

Esta obra está dividida en tres partes: la primera está consagrada al estudio de los tumores; la segunda á la tuberculosis y la tercera al estudio de los órganos. Para cada órgano el autor da un resumen sucinto de Histología normal, cuyo conocimiento es indispensable para comprender la Histología de las sesiones Con el objeto de facilitar el trabajo, se ha hecho la impresión en dos

tipos de letra diferentes, lo cual permite distinguir á primera vista las partes más importantes. Además de esto, las figuras, dibujadas en su mayoría por el autor, y con frecuencia esquematizadas, auxilian y facilitan la inteligencia del texto.

Esta obra, como todas aquellas que anunciamos por su importancia y por mantener cordiales relaciones con sus editores de ultramar, puede pedirse por conducto de la Administración de la CRÓNICA MÉDICA MEXICANA.

NOTAS.

PERÓXIDO DE HIDRÓGENO. HYDROZONE.

Nuestro excelente amigo, el caballeroso Mr. Charles Marchand, de New York, autor y preparador de su poderoso agente germicida que con éxito tan brillante ha sido introducido en la Terapéutica moderna, acaba de remitirnos un ejemplar del artículo publicado por el *National Druggist*, de St. Louis Mo., en el cual se trata de la positiva dificultad que ha tenido la solución del problema de evitar la rotura de los frascos que encierran esta preparación, en la cual existe un gas á una presión muy elevada.

Los frascos de cristal ambarino fueron inadecuados para el objeto, no pudiendo soportar una presión de unas 4 ó 5 libras por pulgada cuadrada, resultante del movimiento y diversas temperaturas que tenían que resistir durante el transporte á puntos más ó menos distantes del lugar de producción y embarque.

Para remediar estas malas condiciones, que han sido una fuente constante de pérdida para el productor y los consumidores, Mr. Ch. Marchand ha resuelto substituir sus antiguas botellas, por otras de *flint-glass*, mucho más resistentes y que están sobre todo provistas de su excelente válvula de seguridad, formada por el tapón especial patentado que todos conocemos.

Evitado de este modo, hasta donde humanamente es posible, todo peligro de explosión y ruptura, sólo quedarán los riesgos inherentes á todo objeto de vidrio, cuya fragilidad no será nunca posible evitar.

Nosotros celebramos estas mejoras remediando imperfecciones que restringían un poco el uso de estas preparaciones que más y más cada día, son aceptadas por su efectivo mérito, por el Cuerpo Médico Mexicano.

LA NUEVA FARMACOPEA MEXICANA.

La nueva y última edición de esta importantísima obra, que es el Código á que deben sujetarse la preparación y el despacho de toda fórmula y medicina en las farmacias de nuestro país, acaba de salir á luz y se encuentra ya á la venta al precio de *quince pesos* el ejemplar.

Como muchos de nuestros abonados, dueños de boticas en distintas capitales y poblaciones, nos han preguntado por esta obra, complácenos el manifestarles lo anterior y al mismo tiempo la buena disposición en que se encuentra la Administración de nuestro periódico para servir los pedidos de ella, que reciba, y que serán remitidos inmediatamente por Correo, certificado.

UNA MESA DE OPERACIONES.

Por encargo de un estimable compañero, manifestamos á los lectores de la *Crónica* que, por salir del país su propietario, se vende una mesa de ope-

raciones, de construcción americana, grande, en perfecto estado de conservación, de uno de los modelos mejor aceptados, y propia á la vez para una sala de Hospital y para un Consultorio. No es plegadiza.

Las personas que en ella se interesen, pueden dirigirse para informes á la Administración de nuestro periódico.

MONUMENTO AL SR. DR. D. MANUEL CARMONA Y VALLE.

Por nuestro apreciable colega, *La Escuela de Medicina*, hemos sabido con verdadero beneplácito, que la suma colectada hasta hoy, con el objeto de erigir un monumento al distinguido facultativo que consagró toda su vida al cultivo de la ciencia y á la enseñanza, asciende ya á la suma de cerca de dos mil quinientos pesos. Como todavía faltan los donativos de los médicos de muchos de los Estados de nuestra República, en donde se encuentran sin duda muchos de sus antiguos discípulos, suponemos que el total puede llegar tal vez al doble de la suma expresada, y, si así fuere, será posible levantar un monumento conmemorativo digno de quien justificadamente se hizo acreedor á él.

En un pais como el nuestro, en que todavía no se concede á nuestra profesión toda la honra que se merece, es grato ver que se rinde un testimonio de respeto y gratitud á una de sus personalidades más conspícuas y cuya memoria debe ser conocida y venerada por las futuras generaciones.

UNA GALANTERIA Á NUESTRA «CRÓNICA.»

A pesar del agradecimiento que despierta en nosotros toda frase galante ó delicada referencia á nuestra publicación, hecha por algunos de los estimables colegas de la prensa médica extranjera, que con frecuencia se sirve reproducir algunos de los artículos insertos en la *Crónica*, nunca hacemos referencia á ellos, porque dada la seriedad que desde su fundación hemos impuesto á este periódico, no queremos que en él aparezca una sola línea que tenga la apariencia de réclame. Pero acaba de aparecer un pequeño párrafo que obliga profundamente nuestra gratitud y que original transcribimos en seguida, en uno de los periódicos que mayor prestigio y circulación tienen en la República vecina, el *The American Surgery and Gynecology*, de St. Louis Missouri, U. S. A.

El párrafo aludido, es el siguiente:

«A Good Mexican Journal.—A most excellent publication, indeed, is *Crónica Médica Mexicana*, a review of Medicine, Surgery and Therapeutic, edited and published by Dr. Enrique L. Abogado, of the City of Mexico. Any doctor wishing to «keep up» his Spanish will do well to read this magaziue.—The price is $3.00 per annum.»

Damos á nuestro ilustrado colega las más expresivas gracias por su bondadosa apreciación.

SUMARIO.

Sección V.—El impaludismo como intoxicación por el plasmodium malalariæ, por el Dr. J. F. Romero. Manzanillo, Ver.—Curiosidades clínicas, por el Dr. José G. Mendoza.—Sección XVII.—*Terapéutica*. El tratamiento de la fiebre amarilla por las inyecciones del suero antiponzoñoso de Calmette, por el Dr. E. L. Abogado.—Algunas consideraciones clínicas sobre la apendicitis, por el Dr. E. L. Abogado. (Concluye.)—Tratamiento de la grippe ó influenza.—Sección XXIII.—*Estadística*. Mortalidad, Natalidad, Puericultura, por el Dr. Rafael Norma. (Continuará.)—Sección XXX.—Bibliografía.—Notas.

TOMO VIII. MÉXICO, MARZO 1º DE 1905. NÚM. 3.

CRONICA MEDICA MEXICANA

REVISTA DE MEDICINA, CIRUGIA Y TERAPEUTICA

(ESPECIALMENTE ALCALOIDOTERAPIA Y OPOTERAPIA)

—Y—

ORGANO DEL CUERPO MEDICO MEXICANO.

DIRECTOR PROPIETARIO

DR. ENRIQUE L. ABOGADO,

Miembro correspondiente de la «Societé Obstétricale de France, París» y honorario de la «Societé de Thérapeutique Dosimétrique de París.

JEFES DE REDACCION:

Dr. Barreiro Manuel.—Ex-Jefe de Clínica de Obstetricia de la E. N. de Med.

Dr. Duque de Estrada, Juan.—Profesor adjunto de Obstetricia de la E. N. de Med.

Dr. Mejía, Demetrio.—Profesor de Clínica Interna (3er. año) de la E. N. de Med.

Dr. Suarez Gamboa, Ricardo.—Cirujano del Hospital *Morelos*.

Dr. Vazquez Gomez, Francisco.—Profesor de Patología Externa de la E. N. de Med.

Dr. Zarraga, Fernando.—Profesor adjunto de Obstetricia de la E. N. de Med.

Sres. Dres. Manuel Carmona y Ramon Reynoso.—Sección de Medicina y Cirugía Dental.

Prof. Juan B. Calderon.—Preparador de Farmacia é Hist. de Drogas de la E. N. de Med.

Prof. Jose de la L. Gomez.—Sección de Medicina Veterinaria.

SECCIÓN IV.

LECCION INAUGURAL DEL CURSO DE CLINICA EXTERNA

DADA EN EL HOSPITAL GENERAL DEL ESTADO DE PUEBLA

POR EL

PROFESOR ANGEL CONTRERAS.

AÑO DE 1905.

CURACION DE LAS HERIDAS.

Voy á inaugurar mis lecciones del presente año, tratando de la curación de las heridas, porque es la base de los progresos de la Cirugía y porque diariamente tendremos que practicarla en nuestro servicio de Clínica externa.

Para poder curar debidamente una herida, es preciso tener una noción teórica de los fenómenos que se suceden desde el momento en que se interrumpe la continuidad de los tejidos, hasta que se verifica la cicatrización, y haber observado de muy cerca todos estos cambios en las diferentes clases de heridas que se nos presentan en la práctica; por esta razón recomiendo á ustedes que se fijen en la curación tópica que hacemos, y muy particularmente en las que ustedes desempeñen en los pacientes que les señalaremos á cada uno para encargarse de su asistencia.

Los fenómenos inmediatos de toda herida, son: el dolor, el escurrimiento de sangre y la separación de los bordes de la solución de continuidad; pueden verlos perfectamente en las heridas que tan frecuentemente tenemos que practicar con un fin quirúrgico é iguales son en las inferidas en riña ó por acci-

dente; pero sobre lo que quiero llamar más la atención, es sobre los fenómenos naturales que se suceden para remediar esta solución de continuidad.

Según la clase de heridas varía el trabajo de reparación; pero de un modo general, puede decirse en extracto, que cuando los bordes de la herida reciente son netos y están yuxtapuestos ó muy próximos, sea por las circunstancias de la región herida ó por la intervención manual, se verifica la llamada *reunión inmediata* y en caso contrario la *secundaria;* en ambas se exhala en la superficie de la sección, luego que el escurrimiento de sangre ha cesado, una serosidad glutinosa que se infiltra y tiende á adherir los bordes de la herida, espesándose de más en más por la fluxión de celdillas tiernas y glóbulos blancos; cuando la yuxtaposición está realizada, emanan en el seno de esta nata glutinosa asas vasculares que se soldan y restablecen la continuidad en 24 á 48 horas y en pocos días está cicatrizada completamente la herida; cuando no es posible la yuxtaposición, entonces se seca el líquido glutinoso en las superficies de la herida, y en la capa que forma se desarrolla un trabajo de reorganización, apareciendo pequeñas masas salientes de tejido embrionario y vascular, llamadas *botones carnosos*, los que se pegan entre sí y forman una membrana que cubre la superficie hacia el cabo de una semana; una vez formada esta membrana, que llena los intersticios y viene á nivelarse con los tegumentos inmediatos, parte un ribete de tejido epidérmico de la circunferencia al centro, caracterizado por su color azulado y su sequedad, y concluye por formar la cicatriz de la herida. Si el cirujano afronta las superficies cubiertas de botones carnosos, puede obtenerse su adherencia rápida, constituyendo la llamada *reunión secundaria por primera intención.*

A veces en la superficie de la herida persiste una capa morena debida á la sangre, á la linfa y al pus que se deseca, y bajo de la costra que se forma viene la película cicatricial, constituyendo la llamada *cicatrización subcrustácea.*

La evolución del proceso cicatricial no es siempre tan feliz como lo he descrito, y esto es debido á la infección de la herida.

Las sabias investigaciones de Pasteur y Lister, en la segunda mitad del siglo pasado, han demostrado que la infección de las heridas es debida á la penetración en ellas de unos micro-organismos llamados estafilococus, estreptococus, vibriones, etc.; de aquí nació la doctrina de la antisepsia, sobre la que no me extenderé por haber sido el asunto de otra lección inaugural, la que impresa he dado á ustedes.

La curación de las heridas tiene, pues, por objeto, favorecer los fenómenos naturales del proceso cicatricial y evitar su infección.

Por algún tiempo reinó la idea patrocinada por Lister de que los microbios que infectan las heridas vienen de la atmósfera principalmente y se usaban pulverizadores cargados de soluciones químicas antisépticas, especialmente de ácido fénico, que se hacían funcionar alrededor de toda herida descubierta; pero hoy predomina la teoría de Pasteur de que los microbios provienen, sobre todo, de los objetos que nos rodean, y, por consiguiente, deben desinfectarse de preferencia todos los objetos y substancias que toquen á las regiones heridas.

Así, pues, lo que debe procurar todo cirujano que vaya á curar una herida, es el aseo de su persona y de sus ropas y la pureza de sus manos. En la práctica corriente, y tratándose de lesiones insignificantes, se usa lavarse las manos perfectamente con agua tibia y jabón; pero en los demás casos es de precepto desinfectarse las manos enjabonándoselas repetidas veces en agua es-

terilizada caliente y frotándoselas con un cepillo desinfectado, redoblando el cuidado de esta maniobra en los surcos de la raíz y de la extremidad de las uñas, las que siempre deben estar recortadas, y usar limpia-uñas esterilizado; esta maniobra debe prolongarse como cinco minutos y hacerse con gran esmero; después, y sin secarse, deben frotarse con alcohol, y, por último, sumergirse en una solución antiséptica como la de bicloruro de mercurio al milésimo.

Pasteur recomendaba un *flambage* rápido, es decir, el paso de las manos por una flama de alcohol.

A pesar de todo esto no se consigue la extinción completa de todo microbio en las manos; pero es lo que generalmente basta y lo que se tiene costumbre de hacer.

Debe prevenirse anticipadamente todo lo necesario para la curación, á saber: agua esterilizada ó solución antiséptica, compresas de gasa, algodón, vendas, instrumentos, etc., todo convenientemente esterilizado y colocado en una mesita adecuada y al alcance de uno; colocar abajo de la región interesada del paciente, sea en su cama ó en una mesa especial, un hule limpio y una toalla, y rodear el campo de la herida también con una toalla ó lienzo, si posible fuese esterilizados, ó muy limpios; evitar que la ropa del paciente ó la de la cama toquen la región herida.

El primer deber de todo práctico frente á un herido, es contener el escurrimiento de sangre, porque si es muy intenso, puede ocasionar la muerte del paciente; si moderado, puede dejarle en malas condiciones para soportar el trabajo de reparación, y, si ligero, impide la aglutinación de los labios de la herida, y forma coágulos en los que se anidan y pululan los microbios que producen la infección. No me ocuparé de la hemostasis, que también he tratado en otra lección.

Una vez cohibida la hemorragia, debe limpiarse la herida y sus alrededores, quitando con suavidad los coágulos, fragmentos de tejidos, y los cuerpos extraños que puedan haber en su superficie; para este objeto se usa mucho el lavado abundante con una solución antiséptica, como la del bicloruro de mercurio al milésimo, que se coloca en un irrigador, y con el chorro que sale de la cánula, se está recorriendo toda la superficie cruenta; este es un mal proceder que ya es tiempo que lo desterremos de la práctica, porque está demostrado que esta irrigación altera profundamente los elementos histológicos y no desinfecta satisfactoriamente la herida, de suerte que es nocivo; es mejor limpiar simplemente la herida con compresas de gasa esterilizada, ligeramente empapadas de agua tibia que también haya sido esterilizada y si no se tuviese el agua convenientemente pura, vale más, á veces, aplicar la gasa sobre la herida después que se ha dejado sangrar un poco, pues la sangre que viene del fondo limpia la herida y es aséptica.

Conviene limpiar primeramente las superficies cruentas y luego los bordes y sus inmediaciones, y nunca llevar sobre las superficies de la herida, la compresa que haya tocado el rededor; si hubiese costras en la periferia, se deben quitar con la espátula. No deben explorarse las heridas con los estiletes ni otros instrumentos y mucho menos con los dedos, salvo casos especiales, como cuando fundadamente se sospecha que una herida haya interesado todo el espesor de la pared abdominal y herido también el intestino y no se ve éste; ó cuando en una herida de cabeza haya fractura conminuta del cráneo; pero entonces debe hacerlo una mano experta y con todo el rigor de la antisepsia.

Si la condición física de la herida y la antisepsia puesta en juego, hacen

poder esperar la reunión inmediata, hay que practicar la sutura, que será en relación con las circunstancias de la herida; pero en caso de que fuese sinuosa, profunda ó que no se haya hecho la hemostasia completa, se interponen tiras de gasa aséptica en la solución de continuidad. El objeto especial es que no se aglomeren secreciones que den cabida á la infección. Por esto se cubre la herida con varias capas de gasa aséptica, que tiene la cualidad de absorber y la de dejar evaporar para que no penetren los principios toxi-infecciosos en el interior del organismo, como pudiera suceder colocando algodón que absorbe, pero que retiene los productos absorbidos. El fagocitismo, no siendo muy abundantes, ni muy virulentos los productos sépticos, que á pesar de todo nuestro cuidado haya en las heridas, termina con ellos.

Sobre la gasa se coloca algodón antiséptico en el que se depositan los líquidos que pasen más allá de la gasa y que protege á las heridas contra las injurias exteriores; debe graduarse la cantidad de algodón para su objeto; todo el apósito debe ser sostenido por una venda que, mientras más suave y aséptica, será mejor, y con la que se procura ejercer una compresión que sea ligera y que nunca entorpezca la circulación ni cause molestias al paciente, de suerte que su aplicación sea adecuada á cada región; los antiguos tenían lujo en los vendajes, pero á nosotros nos basta que llenen su objeto.

Todo lo expuesto se refiere especialmente á la curación de las heridas inmediatamente que han sido hechas; pero frecuentemente tenemos que atender á las que llevan más ó menos tiempo de haber sido inferidas, y que han estado expuestas al aire ó cubiertas de objetos sépticos, ó, en fin, curadas indebidamente. En ese caso las lesiones que han sufrido la infección, suelen estar ya en supuración, presentan vegetaciones defectuosas y trayectos fistulosos. Nuestro primer deber es desinfectar la herida; no basta entonces limpiarla con compresas de gasa humedecida, sino que conviene lavarla, el lavado obra principalmente arrastrando de las superficies los productos sépticos, así es que si se dispone de agua esterilizada, puede ejecutarse con ella; pero si no se tuviese agua conveniente, se recurre á las soluciones antisépticas, no tanto porque ellas maten por su acción misma los microbios, pues para esto necesitan estar largo tiempo en contacto, y hay formas de micro-organismos, como los esporos, que escapan á su acción, sino para no aumentar con una agua mala los productos sépticos que existen en las heridas; las soluciones de sublimado deben estar preparadas con anticipación, y obran mejor calientes.

Los microbios piógenos, además de estar en las superficies supurantes, suelen penetrar y pulular en la trama fofa de las vegetaciones, y naturalmente el lavado no los puede barrer entonces, sino que es necesario destruirlos tocando esas carnosidades con sustancias cáusticas como la solución de cloruro de zinc al $^1/_{10}$ ó la de ácido fénico al 5 por 100, ó lo que es más radical, con el termo-cauterio ó rasparlas con la cucharita de Wolkmann; pero para esto es conveniente hacer la anestesia local ó general, por ser operación dolorosa, y practicar también la hemostasia, pues escurre bastante sangre.

Una vez desinfectadas las heridas, y á veces es preciso desinfectarlas repetidas ocasiones, se curan como hemos dicho.

Hay que atender también al estado general del paciente y colocarlo en buenas condiciones higiénicas para conseguir la perfecta cicatrización y prevenir las complicaciones de las heridas.

El apósito no debe renovarse sistemáticamente cada cierto tiempo, 12, 24 ó 48 horas, sino vigilar y cambiarlo siempre que alguna mancha de exudado

se manifestare en su superficie exterior, pues por ahi sería la puerta de entrada á la infección, ó cuando existe calentura que revela la penetración en el organismo de algún producto séptico, y si estos fenómenos no se presentasen, puede no descubrirse la herida hasta pasados varios días, cuando se juzgue terminada la cicatrización, y, en efecto, así se encuentra si no se ha infringido algún precepto de la antisepsia.

Para terminar diré á ustedes que los elementos necesarios para practicar la curación de una herida conforme á los preceptos expuestos, no se encuentran en todas partes, hay que traerlos de las fábricas ó laboratorios especiales. Comenzando por el agua, que para que esté privada de sus gérmenes, es necesario que haya sido convenientemente filtrada ó que se disuelvan en ella sustancias químicas bactericidas ó que haya sufrido la acción del calor.

La filtración da agua limpia, pero es un medio infiel de esterilizarla; la adición de sustancias químicas tiene el gran inconveniente, como dije respecto de las soluciones de bicloruro de mercurio, que es el más usado, de que perjudica los tejidos y en los medios albuminosos pierde su poder microbicida; actualmente está en boga el agua oxigenada, la que es inofensiva para los tejidos y que, oxidando el pus y los otros productos sépticos del organismo, por el oxígeno que desprende, los esteriliza; se ponen diez ó más partes de agua oxigenada, de la casa de Marchand, por cien de agua pura, pero el precio de este artículo es todavía muy caro en el comercio. En la práctica vulgar se usa el agua hervida, pero la ebullición á que se sujeta no debe ser instantánea, sino sostenida por diez ó quince minutos y después conservarla al abrigo del aire atmosférico, sea en la misma vasija en que se hizo hervir ó en frascos convenientemente esterilizados. El medio de obtener una esterilización absoluta, es llevar el agua bajo presión á una temperatura de mucho más de 100°, para lo que hay varios aparatos, como el autoclave de Chamberland; pero es muy poca la cantidad de agua esterilizada que puede obtenerse en cada vez que se hace funcionar el aparato, por lo que en los hospitales bien dotados se tienen instalaciones especiales para este objeto. La gasa, el algodón, las vendas, la seda, el catgut, etc., requieren instalaciones especiales para que queden asépticos, y para mayor seguridad cuando se emplean en casos delicados se sujetan de nuevo á la esterilización en las marmitas más ó menos ingeniosas y portátiles que se tienen anexas á las salas de operaciones de los hospitales.

Los instrumentos que no tienen filo, como los estiletes, pinzas, porta-agujas, etc., se esterilizan muy bien sujetándolos algunos segundos al calor de la flama de alcohol, sea aisladamente ó colocándolos todos en una charola esmaltada en la que se vierte é inflama alcohol absoluto, esto se llama el *punche de los instrumentos*. Los escalpelos, agujas, etc., tienen que pasarse rápidamente por la flama para no destemplarlos ó se sumergen, protegiendo los filos con algodón, en el autoclave ó en cualquiera vasija con agua, que esté hirviendo á más de 100°, añadiéndole alguna sal, como borato de sosa.

Todos los utensilios en que se coloquen los enseres para la curación, también deben esterilizarse, y ponerse separadamente lo que una vez hubiese sido puesto en contacto con la herida.

Con el conocimiento de todo lo expuesto, aunque muy en compendio, deseo que á ustedes toque mejorar el servicio de las curaciones que se tienen que practicar en la sala de Clínica externa.

DR. ANGEL CONTRERAS.

Puebla de Zaragoza, 17 de Enero de 1905.

SECCION V.

EL REGIMEN EN LAS ENFERMEDADES

(Trabajo leído en la segunda Conferencia de la Sociedad Médica «Pedro Escobedo,» el día 23 de Diciembre de 1904, en el Salón de Actos de la Escuela Nacional de Medicina, por el Dr. Eduardo Lamicq.)

(continúa.)

En los segundos, el problema es menos sencillo, pues el apetito varía con la naturaleza del proceso. En efecto, en unos casos la enteritis crónica es sólo parte de un proceso más ó menos generalizado, como pasa con la gastro-enteritis crónica de los alcohólicos, con la de los padecimientos hepáticos ó cardíacos, etc.; en estos casos el apetito está siempre más ó menos debilitado, lo que se encuentra justificado por el estado del estómago y de las demás vísceras enfermas, que hará, según vimos, que el alimento ingerido no sea bien digerido y asimilado. En otros casos, por el contrario, se trata simplemente de una lesión localizada á una parte, muchas veces pequeña, del intestino (ulceración tuberculosa ó de otra naturaleza); en estos casos, generalmente el apetito se conserva. Y ciertamente, estando en buen estado el estómago y la mayor parte del intestino, el alimento podrá ser digerido y asimilado convenientemente, sosteniendo las fuerzas del organismo, que bien lo necesita por lo general en estos padecimientos crónicos, que con frecuencia son una manifestación de un estado general malo (tuberculosis, etc.). Queda, es cierto, el inconveniente del paso por la parte enferma, del contenido intestinal; pero esto es imposible evitarlo, pues una parte de él está constituído por los desechos del organismo, que forzosamente tienen que eliminarse por allí, y la otra parte por los residuos del alimento, que tampoco se puede evitar, pues es claro que, vista la larga duración de estos procesos, la que muchas veces se mide por años, la abstinencia absoluta es enteramente imposible. Así, pues, el organismo es lógico al seguir apeteciendo el alimento que puede sin dificultad digerir y asimilar, y sin el cual no podría subsistir durante el largo tiempo que generalmente duran estos padecimientos.

Con las enfermedades del hígado seguiré, para su estudio, el mismo método, dividiéndolas en *agudas* y *crónicas*.

En las primeras (angiocolitis, colecistitis supuruda, icteria infecciosa, catarral, grave; congestión, inflamación y supuración hepática) encontramos constantemente inapetencia, náuseas, vómitos y diarrea. Así, pues, el organismo no apetece alimento en estas enfermedades; pero si, á pesar de esto, se le hace ingerir, lo expulsa por medio del vómito y de la diarrea. Ahora bien, se sabe ya, de tiempo atrás, que estas enfermedades se acompañan siempre de afecciones gastro-intestinales (embarazo gástrico, gastro-enteritis, etc.) y, según se vió ya al tratar de estos padecimientos, el alimento no será digerido, sirviendo solamente para excitar y exacerbar las perturbaciones digestivas existentes. Pero aun hay más. En las enfermedades del hígado, la función antitóxica de esta víscera se encuentra siempre más ó menos suprimida; así es que

las toxinas elaboradas y absorbidas en el tubo digestivo, no siendo detenidas ya, como lo son normalmente, por el hígado, irán á infectar á todo el organismo. Es, pues, indispensable y útil atender en estos casos las indicaciones de la Naturaleza, y no empeñarse en dar alimentos que no serán digeridos y en cambio irán á exacerbar las perturbaciones digestivas que hay y á producir toxinas que, no siendo ya suprimidas por el hígado enfermo, agravarán notablemente la situación.

En las segundas (cirrosis atrófica ó hipertrófica, sífilis ó tuberculosis hepática, degeneración amiloide, grasosa, etc.), encontramos las mismas manifestaciones, inapetencia, vómitos y diarrea, pero mucho más atenuadas, así la inapetencia no es tan absoluta y tenaz y los vómitos y diarrea por lo común sólo se presentan temporalmente durante las exacerbaciones. Estos padecimientos, como es ya bien sabido, se acompañan también constantemente de afecciones del aparato digestivo (congestión pasiva, catarro gastro-intestinal) y las investigaciones han demostrado que entonces las secreciones digestivas se encuentran si no suprimidas como en la gastritis aguda, sí notablemente debilitadas y tan agotadas que la digestión del alimento será bien difícil y muchas veces imposible, sobre todo durante las exacerbaciones y que por último, la función antitóxica se encuentra igualmente atacada. Como se ve en estos padecimientos, la naturaleza es también lógica al indicar una abstinencia no absoluta (pues ésta sería imposible vista la duración del proceso) sino relativa, es decir, limitada solamente á los períodos de exacerbación. Hipócrates había notado ya que eso era lo más conveniente según lo dice en su aforismo 11, Sec. 1, que dice: «Durante las exacerbaciones no ha de darse alimento al«guno á los enfermos, pues esto les sería muy perjudicial. Si las exacerbacio«nes son periódicas, se deberá igualmente prohibir el alimento al tiempo de su aparición.»[1] Fuera de los períodos de exacerbación, se alimentará moderadamente al enfermo en relación con su poco apetito, convencidos de que si aumentamos el alimento, éste no será digerido, pues como se dijo ya su secreción digestiva está casi agotada. En estos casos, la leche puede ser muy útil, pues está ya bien averiguado que de los fermentos digestivos el fermento *lab* es el último en desaparecer de las secreciones gástricas. Así es que la leche, alimento relativamente completo, será también el más bien digerido, además la diuresis que provoca facilita la eliminación de las toxinas que el hígado enfermo no puede ya detener, y en efecto se ve que la dieta láctea, mientras no se ha abusado de ella, es generalmente bien aceptada por estos enfermos.

Hay otro padecimiento crónico en esta víscera y que merece que nos ocupemos por separado de él, por la importancia que para su curación se le ha dado á un régimen que teóricamente se le ha establecido y es la litiasis biliar. Estos enfermos no tienen una repugnancia instintiva por determinados alimentos, y sin embargo, en vista de la riqueza de estos cálculos en colesterina y sales de cal, se les prohibe á estos enfermos los alimentos más ó menos ricos en esas substancias. Esto, que en la teoría parece estar perfectamente indicado, no ha sido comprobado por la experimentación; por el contrario, se ha visto que esta dieta es perfectamente inútil. En efecto, Thomas[2] investigó en algunos perros con fístula biliar, los efectos del género de la alimentación sobre la proporción de la colesterina en la bilis y vió que era absolutamente

1 «Traité de Médecine,» t. III, pág. 718.
2 «Traité de Médecine,» t. III, pág. 718.

nulo; que la proporción de dos por ciento se mantenía fija cualesquiera que fuera el género de alimentos á que se sujetara al animal. Con las sales de cal pasa una cosa idéntica, según las investigaciones de Naunyn.[1] Es, pues, cuando menos inútil privar á los litiásicos de esos alimentos y su apetito es lógico al no tener repugnancia por ellos.

En los demás aparatos de la economía, el régimen presenta en general una importancia menor que en los ya estudiados, por lo que no se ha hecho sentir la necesidad de instituír un régimen especial en la mayoría de sus padecimientos. Sin embargo, en algunos de ellos se ha instituído. Es, pues, necesario, revisar aunque sea muy someramente la cuestión del régimen en esas afecciones.

En el aparato respiratorio, continuando el método que hasta aquí hemos seguido, dividiremos sus enfermedades en agudas y crónicas. De las primeras (neumonía, bronquitis, etc.), nada hay que agregar á lo dicho al tratar de los padecimientos febriles agudos, pues se encuentran incluídos en ese grupo. En cuanto á las segundas (enfisema, etc.), en general no se ha instituído régimen especial, por creersele, como es en realidad, inútil en estos casos. Hay sin embargo una enfermedad y muy importante por cierto, que es la tuberculosis pulmonar, en la que el régimen ha tomado, sobre todo en estos últimos tiempos, una importancia capital. Veamos, pues, si lo que se recomienda está de acuerdo con la Naturaleza y si es lo que se debe hacer. Es indudable que la tuberculosis pulmonar en su principio pasa desapercibida durante un tiempo más ó menos largo para el enfermo, y no es sino cuando sus progresos la denuncian que el paciente se preocupa y un tratamiento médico se establece, formando parte de él el régimen que se puede definir con una sola palabra, *sobrealimentación*. Ahora bien ¿la sobrealimentación está siempre indicada en esta enfermedad? Para resolver esta cuestión, veamos cómo se encuentra el apetito en los tuberculosos. En general, se puede decir que en el primer período de la enfermedad el apetito es normal y á veces exagerado; pero más tarde, conforme avanza la enfermedad, el apetito disminuye, y en el tercer período, la inapetencia más ó menos tenaz es la regla. Ahora bien, en la actualidad se recomienda la sobrealimentación en todos los períodos. ¿Es esto cuerdo? Debe de obedecerse á las indicaciones de la naturaleza que en los periodos avanzados de la enfermedad quiere poco alimento ó debe seguirse el método á la moda y sobrealimentar al enfermo? Ya algunos investigadores han protestado contra esta sobrealimentación sistemática. Así Rousseau,[2] en su estudio sobre el régimen en la tuberculosis recomienda no hacer comer mucho al tuberculoso que no lo apetece, porque esta sobrecarga alimenticia favorecerá la atonía y la dilatación gástrica que amenaza siempre al tuberculoso dispéptico y porque además los jugos digestivos no penetrarán fácilmente la masa de alimentos, resultando productos que mantendrán una larga y exagerada irritación de la mucosa gástrica, favoreciendo así la gastritis del período ulceroso. Landouzy dice que en estos casos la sobrealimentación es en realidad la *sobreintoxicación* del enfermo. No citaré más opiniones, pues éstas, por muy respetables que sean, nunca pasan de ser opiniones. Felizmente se han hecho ya algunas investigaciones científicas que nos proporcionan datos positivos, que comprueban esas opiniones y justifican las indicaciones del organismo.

1 Chaufart, «Traité de Médecine,» loc. cit.

2 «Les Causeries Médicales.»—1903.—Pág. 133.

En efecto, Robin y Pasquier, han estudiado el estado de las secreciones gástricas en el tuberculoso y encontraron, que en el primer período puede haber y frecuentemente la hay, hiperestenia gástrica con hiperclorhidria (69 por 100). El segundo período es un período de transición, así es que el estado de secreciones gástricas varía, pudiéndose decir que en general durante él, la hiperestenia é hiperclorhidria del período anterior desaparecen, y son sustituidas por los estados contrarios, que son la dominante en el siguiente período. En el tercer período, en efecto, la gastritis crónica, con su atrofia glandular, etc., es la regla, lo que explica claramente la insuficiencia secretoria que entonces se observa. Así Robin y Pasquier encontraron en este período la hipo y aun la anaclorhidria en el 76 por 100 de los casos, y en cuanto á los fermentos digestivos, siempre los encontraron disminuídos y aun faltando por completo el fermento lab algunas veces. Es imposible el no ver desde luego el paralelismo que hay en la marcha que siguen en estos enfermos el apetito y las secreciones gástricas; al principio normales ó aumentados; después, variables, y por último, grandemente disminuídos en el período cavitario. Es indudable que esta especie de ciclo gástrico como le llaman Robin y Pasquier, que va de la excitación á la abolición de la función, no se verifica en todos los tuberculosos, pues como se acaba de ver, sólo se encontró la hipoclorhidria en el 76 por ciento, lo que nos explica por qué algunos tuberculosos conservan su apetito. Se ve, pues, que la inapetencia del tuberculoso es justificada, puesto que el estado de sus secreciones gástricas sólo le permiten digerir poco alimento y que con hacerle ingerir grandes cantidades de él, sólo se conseguirá provocarle trastornos gástricos, exagerar su gastritis, y producir, como dice Landouzy, una sobreintoxicación. Que el tuberculoso necesita reparar grandes pérdidas, es indudable. Pero ¿lo conseguiremos con sólo introducir en su estómago grandes cantidades de alimentos que sabemos no podrán ser digeridos y en consecuencia, tampoco asimilados? Es indudable que no, y que más racional será el prevenir hasta donde sea posible esa gastritis, que más tarde imposibilitará, no sólo la sobrealimentación, sino aun la simple alimentación, y esto se conseguirá no haciendo funcionar ese estómago de una manera exagerada, sino manteniéndose en el límite del funcionamiento útil, sirviéndonos para ello de guía el apetito instintivo del enfermo. En resumen, las indicaciones de la naturaleza, deben ser acatadas en este caso como en todos los demás.

Veamos ahora el aparato urinario. Sin detenernos en sus enfermedades agudas, por las razones expuestas más arriba, pasaremos á las crónicas, para las que se ha asignado algún régimen especial, que son el mal de Brigth y la litiasis.

En el mal de Brigth, de una manera general, se conserva el apetito, es decir, comunmente no hay repugnancia manifiesta por determinado grupo alimenticio, á lo menos mientras la afección no se complica de padecimientos gastro-intestinales, pues sabemos ya que la insuficiencia de la eliminación úrica por el riñón enfermo, obliga al organismo á eliminar esta substancia por otras vías, principalmente por las digestivas; eliminación que irrita, inflama y aun ulcera la mucosa gástrica, presentándose entonces las modificaciones del apetito propias al padecimiento gástrico y del que ya tratamos. Pero cuando el aparato digestivo aún no sufre, como decía, el apetito se conserva regularmente. Sin embargo, todavía en la actualidad se recomienda la dieta láctea absoluta. ¿Es esto lo conveniente? Es indudable que la leche es un buen alimento en estos casos, pero de que ella sea buena, no se deduce que los demás

alimentos sean nocivos, pues si bien por su composición ella puede ser considerada como un alimento completo, la proporción en que se encuentran sus componentes no es precisamente la que el organismo necesita para su gasto diario, pues es muy pobre en hidratos de carbono y muy rica en albúmina y grasa; así es que, si un adulto ingiere cuatro litros de leche diariamente, tomará una mayor cantidad de albúmina y de grasa que la que necesita, y sin embargo, aun así es insuficiente la cantidad de hidratos de carbono que ingiere; para llegar á tomar la cantidad necesaria de estos últimos, habría que tomar cantidades enormes de leche, las que no pudiendo ser digeridas, provocarían perturbaciones é infecciones digestivas más ó menos graves, pero siempre perjudiciales; por lo que Mathieu [1] concluye, y con razón, que en el adulto, sobre todo si trabaja, este régimen no puede mantenerse de una manera prolongada. Así pues, la dieta láctea constituye un régimen insuficiente y ciertamente no parece muy cuerdo poner al enfermo en malas condiciones de resistencia, debilitando su organismo con un régimen insuficiente. Es en vista de esto y porque la experiencia ha demostrado no ser necesario este régimen, que el entusiasmo del principio por la dieta láctea, se ha ido calmando y ya muchos de sus primitivos defensores la combaten. Así Renzi, [2] dice que á pesar de haber sido él uno de los más ardientes defensores de esta dieta, la experiencia ha modificado sus ideas, y propone se les dé legumbres frescas, pues le consta que ellas constituyen un buen alimento en esta enfermedad. Hale, [3] deduce de sus experiencias que en la albuminuria el régimen lácteo es inferior al feculento y éste al mixto, que según él, es el mejor, en lo que está de acuerdo el Dr. R. Quain. Maragliano [4] aconseja también se dé á estos enfermos su ración diaria de carne y feculentos. A. Robin [5] deduce de sus experiencias, que no conviene un mismo régimen exclusivo á todos los brighticos y que el lácteo sobre todo aumenta á muchos la albuminuria, cuando menos temporalmente y afirma estar convencido por observaciones continuadas por varios años, que el régimen lácteo absoluto disminuye menos la albuminuria que el vegetal ó el carneo y que siempre ha visto que el mejor es el mixto. Es inútil seguir citando opiniones cuando ya en la actualidad numerosas investigaciones científicas han demostrado que el albuminúrico puede ingerir toda clase de alimento siempre que éste se tome tal como lo presenta la naturaleza, es decir, fresco y sin agregarle otras substancias que como el cloruro de sodio pueden en ciertos períodos de la enfermedad ser nocivos. El alimento, cuando no está fresco, cualesquiera que sea el artificio á que se haya recurrido para conservarlo, casi siempre contiene toxinas, cuya eliminación por el riñón enfermo tiene que ser nociva para esta víscera. En cuanto al cloruro de sodio, las recientes investigaciones demuestran que cuando hay retención clorúrica (lo que es frecuente en la nefritis aguda y en las exacerbaciones de la crónica), la ingestión de esta substancia es nociva. Diversos medios se han recomendado para diagnosticar esta retención, pero generalmente basta con observar el estado del apetito, pues hay entonces, como me he podido convencer ya en cuatro enfermos que últimamente he tenido oportunidad de observar en ese

1 Mathieu. «Thérapeutique des Maladies de l'Estomac.—1895.—Pág. 58.
2 «Semaine Médicale.»—1902.—Pág. 376.
3 «Semaine Médicale.»—1893.—Pág. 231.
4 «Semaine Médicale.»—1902.—Pág. 376.
5 «Semaine Médicale.»—1900.—Pág. 276.

estado, hay entonces, decía, repugnancia por esa sal. Estos enfermos se quejaban de tener constantemente un sabor salado y los alimentos les parecían también demasiado salados. Este fenómeno no tiene nada de extraño, pues era de esperarse. En efecto, cuando por circunstancias que aún no conocemos bien, la eliminación clorúrica por el riñón es insuficiente, el organismo trata de desembarazarse de esa substancia por otras vías. Así normalmente por el intestino se eliminan diariamente sólo 0.10 á 0.20 de cloruro de sodio. Ahora bien, Javal[1] ha encontrado en las diarreas albuminúricas 3 ó 4 gramos diarios de esa sal y lo mismo se ha visto en los vómitos urémicos de estos enfermos, pues su análisis ha demostrado que contienen grandes cantidades de ese cloruro.[2] Nada tiene pues de particular que por la saliva se elimine también esa substancia, debiéndose á eso el sabor salado constante que origina entonces la repugnancia por dicha sal. En resumen se ve que el organismo del albuminúrico, al no tener repugnancia por determinado grupo alimenticio, indica que su régimen debe de ser mixto, y que la experiencia y las investigaciones modernas demuestran que es en efecto en ellos el mejor régimen, pero que cuando se presenta repugnancia temporal ó definitiva por determinada substancia, ésta no debe dárseles porque les es entonces nociva.

(Concluirá.)

SECCION X.

OBSTETRICIA

¡OPERAR!—LA EXTRACCION MANUAL INNECESARIA DE LA PLACENTA.

Bajo esta palabra ocúltanse tantas cosas, que trabajo no pequeño ha de ser el de señalarlas. En boca del hombre de conciencia recta, de buen criterio y de buena ciencia, operar significa echar mano de un medio curativo como cualquiera otro y que por ningún otro puede ser suplido, no como último recurso, sino porque es oportuno; en boca de un ambicioso, significa exprimir el jugo al infeliz que necesita una operación (y á veces suele darse este nombre, vulgarmente significativo de un acto quirúrgico muy importante, muy grave y que requiere gran maestría, hasta á una simple inyección hipodérmica); en boca de los que toman muy á pecho lo de microbios, garantías ofrecidas por asepsia, antisepsia, etc. (lo cual estaría muy en su punto si fuera asociado con la debida apreciación de los actos fisiológicos y patológicos), significa intervenir á todo trance en casos que, *en determinadas circunstancias,* requieren la intervención, pero sin esperar á que haya esas circunstancias, únicas que la justificarían.

Difícil es distinguir, si no conoce uno á fondo á cada sujeto, en el último caso señalado, si el médico ha sido simplemente arrastrado por la fiebre de hacer cirugía, por ignorancia de los preceptos científicos, por la ambición de renombre ó de lucro, ó por varios de estos factores reunidos. Lo cierto, lo indudable es que muchas veces se decora con el pomposo nombre de *operación* el

1 «Semaine Médicale.»—1903.—Pág. 224.
2 «Semaine Médicale.»—1904.—Pág. 95.

acto más insignificante, romper una flictena, por ejemplo; que muchas veces se opera sin razón; y que es deber nuestro censurar tal conducta, por ser en ocasiones perjudicial á los pacientes (aun sin tener en cuenta el lado pecuniario), por ir contra el fin á que todos estamos obligados, de procurar la ilustración del vulgo (y ya los miembros del Cuerpo Médico sabemos quién es el vulgo), y porque al fin redunda en desprestigio del mismo Cuerpo Médico.

¿O no será acreedor á censura el hecho siguiente? Una señora ha tenido tres hijos, siempre asistida por el mismo facultativo en la capital de uno de nuestros Estados. Las tres veces, pasados quince minutos del parto, el médico hace la extracción manual de la placenta. Desde la primera vez quedóle á la paciente una gran irritabilidad vesical, necesidad imprescindible de sondar la vejiga durante los primeros días siguientes al parto, y en todo el resto del tiempo, hasta nuevo parto, frecuentes tenesmos vesicales. Su cuarto alumbramiento vino á hacerlo en esta población. Con mucha anticipación al término, fuí consultado, y no encontré otra cosa anormal que un grande horror de la señora, no por los dolores del parto, no por ninguna otra cosa, que por la extracción manual de la placenta, operación, decía ella, que siempre había necesitado, porque no podía expulsarla; horror por el sondeo y por la inflamación de la vejiga, como ella había aprendido á denominar sus tenesmos, aunque ni vestigios de moco se encontraban en la orina. Aseguréla que no tendría en su próximo parto, necesidad de la extracción manual; que acaso sí fuera preciso usar la sonda, porque frecuentemente sucede que no se puede evitar; y que en cuanto á su tenesmo, ya se procuraría mejorarlo (contando con que padece hemorroides, que podrían obrar como causa). Resistióse á creer lo de la expulsión espontánea de la placenta; y no pudiendo convencerla, aunque le aseguré que se podía y aun se debía esperar mucho más de quince minutos antes de hacer la extracción manual, y esto no sólo sin inconveniente alguno, sino en la generalidad de los casos con provecho, la aplacé para su día, y en él se convenció con los hechos: después de unas dos ó tres horas de reposo de la matriz, aviváronse las contracciones uterinas, arrojó la placenta, orinó al mismo tiempo, é hizo su puerperio de la manera más feliz, sin contratiempo ni molestia.

¿No es censurable hacer creer á una mujer que es incapaz de un acto tan natural y tan sencillo, y tenerla en constante alarma durante su embarazo? ¿No es censurable, después del parto, cuando la matriz, fatigada por el trabajo y relajada por la anterior distensión, no puede aún contraerse con bastante energía; no es censurable, digo, en este caso, arrancar la placenta? ¿no se puede producir una hemorragia? ¿no se produce una irritación refleja de los órganos cercanos? ¿no es un traumatismo, con todos los peligros del traumatismo, con todas las eventualidades de la infección y con todas las desventajas que tiene el arte, comparado con la Naturaleza, cuando no trata de secundarla ó de imitarla, sino de suplirla? Paréceme que, proceder como en estos tres partos se procedió, es un delito, ya sea que esa conducta fuera aconsejada por la ambición, por la fiebre operatoria ó por la ignorancia de los preceptos científicos y de las leyes de Fisiología. Y siendo una falta, debemos atacarla, porque la verdad, la ciencia y la honradez deben estar sobre toda consideración.

Tecolotlán, Febrero de 1904.

DR. MELESIO DE ANDA.

SECCION XVII.

TERAPEUTICA

LA ALCALOIDOTERAPIA Y LOS NEURASTENICOS.

Sea la actividad creciente que en todas líneas es preciso desplegar en la vida moderna, sea que los refinamientos de esta vida moderna ocasionan en el organismo una pérdida y un debilitamiento mayores de lo que él mismo puede soportar, sea que las condiciones actuales sean menos propicias que las tenidas por nuestros antecesores, ó sea por un conjunto de causas difíciles de precisar pero cuyo agrupamiento ataca y compromete la resistencia vital, lo cierto es que cada día el número de «neurasténicos» aumenta. Por eso estimamos como de oportunidad el artículo, demasiado corto desgraciadamente, del Dr. Berchon sobre este interesante punto.

El Dr. Berchon en esta vez no hace un estudio de la etiología, sintomatología, formas, etc., de la enfermedad, limitándose á exponer un caso clínico; pero cuyo estudio es útil evidentemente, porque en él se observa una forma común de neurastenia. Por esa razón lo hemos elegido como tema de nuestro pequeño trabajo mensual sobre un punto de terapéutica.

El caso clínico es el siguiente:

En Octubre último el Sr. V. . ., de edad de 35 años, consulta al Dr. Berchon, porque á consecuencia de fatigas continuadas, disgustos y pesares domésticos, comenzó á presentar fenómenos nerviosos extraños de sobreexcitación, hasta verse obligado á reclamar los auxilios de la ciencia.

Quéjase de una sensación dolorosa mal definida y vaga en todo el dorso, pero sobre todo en la nuca y en la región lombar. Tiene además un dolor de cabeza casi continuo, una especie de cefalea frontal y temporal; la luz viva le molesta, siente ruido de campanillas en los oídos y experimenta la sensación del vacío en el cerebro. Tiene asimismo vértigos frecuentes y á la vez una notable diminución de fuerza muscular. Los reflejos rotulianos están exagerados y aunque sufre palpitaciones, de parte del aparato circulatorio no se observan otros desórdenes.

Por parte del aparato digestivo sí hay perturbaciones notables. Las digestiones son lentas y penosas y después de las comidas el paciente nota una sensación de plenitud en la región del estómago, su cara se congestiona y le sobreviene tenaz somnolencia. Hay constipación y muy rebelde.

Preocúpanle sobre todo las perturbaciones del aparato génito-urinario, porque no tiene ya erecciones y sufre pérdidas seminales todas las noches. Hay ligera poliakuria, insomnios é hipocondría. Su memoria y su inteligencia continúan normales.

Ante estos signos neurálgicos, motores, digestivos y signos génito-urinarios y físicos, apareciendo sin existir lesión en el aparato de la visión, parálisis, anestesia ó neuralgia verdadera, el diagnóstico de la «neurastenia» se impone, aunque el enfermo rechace esta apreciación, empeñándose en estar atacado de una enfermedad de la médula, lo cual aumenta su hipocondría.

Convencido de la energía y eficacia de los medicamentos modernos y so-

bre todo del valor de la alcaloidoterapia, el Dr. Berchon no vacila en prometer á su cliente una mejoría completa en el corto espacio de dos meses, y para ello, combatiendo los síntomas y fenómenos más alarmantes, instituye la terapéutica siguiente: I. Reposo completo del espíritu, distracciones y suprimir todo exceso, toda fatiga y toda excitación. II. Antisepsia y lavado intestinal ligero todos los días por medio de una cucharadita de Sedlitz Ch. Chanteaud y semanariamente con una cucharada grande de la misma sal. III. La anemia será combatida por el arseniato de fierro, dos gránulos en cada comida; y IV. Dos gránulos de arseniato de estricnina y dos de fosfuro de zinc, cinco veces al día, para remediar las perturbaciones genitales.

El enfermo se marcha más reanimado, prometiendo seguir su método curativo y regresar á los 15 días á darnos cuenta del resultado obtenido.

En la fecha convenida, á principios de Noviembre, el Sr. V... vuelve á ver al Dr. Berchon, notablemente mejorado, con su moral recuperada, libre ya de las ideas lúgubres que le asediaban y con la convicción también de que pronto se vería enteramente libre de sus males. Los trastornos de la función genésica habían desaparecido y las pérdidas seminales lo mismo, tranquilizando su ánimo. Ya dormía, aunque poco, pero satisfactoriamente y su digestión, bajo la influencia del Sedlitz, era normal. Sólo persistían ligeros vértigos y la debilidad muscular.

El tratamiento impuesto entonces, fué el siguiente:

I. Continuar el Sedlitz á la misma dosis prescrita. II. Dos gránulos de cuassina, dos de arseniato de estricnina y diez de glicerofosfato de cal con cada alimento. III. Después de la comida, en una taza de infusión de manzanilla, dos gránulos de fosfuro de zinc.

Esta medicación se sigue durante 15 días más y el paciente cura.

Es este en extracto el caso clínico que presenta el Dr. Berchon, caso típico en verdad y cuyo tratamiento no constituye una verdadera novedad; pero en el que se nota la rapidez de la acción del moderno arsenal terapéutico, cuyas armas principales son sin duda alguna las substancias activas y bien definidas, los alcaloides y glucósidos, cuya administación no sólo está exenta de peligro, sino que proporciona triunfos más seguros y rápidos que empleando otro género de medicación.

El autor termina con algunas reflexiones sobre la indiscutible y urgente prioridad que en estos casos tiene el empleo del fosfuro de zinc y la estricnina, citando las palabras del distinguido Dr. Toussaint: «Casi no existe una sola enfermedad, aguda ó crónica, en la que en determinado momento no sea indispensable la administración de la estricnina, ya sea para sostener y levantar la vitalidad, ya sea para auxiliar al músculo cardiaco, ya para combatir una parálisis, ó ya, en fin, para reforzar la acción de una ó varias substancias medicamentosas, cuya energía duplica, haciéndolas, sin embargo, tolerables para el organismo.»

Como simple exposición de un caso clínico, en el artículo anterior sólo se perciben los lineamientos del tratamiento que exige la neurastenia de una manera general, pues en él se ve sólo la medicación de un caso particular, medicación correcta sin duda en aquel paciente, pero que en algún otro caso tal vez no hubiese obtenido el éxito apetecido.

Sobre esta importantísima cuestión hemos leído con particular agrado el trabajo inserto en la obra alemana de Pendzoldt y Stintzing, de los Dres. Von Strumpell y Mobius, intitulado «NERVOSISMO Y NEURASTENIA» Allí, con el método y orden de todo trabajo didáctico, tras una breve, pero bien nutrida etiología, sintomatología, diagnóstico y pronóstico, señala la profilaxia y aborda el tratamiento dividiéndole en: I. Tratamiento psíquico. II. Tratamiento somático. III. Tratamiento dietético. IV. Tratamiento climatológico. V. Tratamiento hidroterápico y balneológico. VI. Tratamiento electroterápico. VII. Tratamiento por el masage y gimnasia terapéutica; y VIII. Tratamiento farmacológico.

Para concluir y redondear este trabajo añaden aún otro capítulo dedicado al Tratamiento de las distintas formas y síntomas de la neurastenia y á las Conclusiones generales.

Siendo imposible dar siquiera un resumen de un trabajo de esta magnitud, en un artículo como el presente, sólo nos limitaremos á dar una idea del sentir de esos distinguidos terapeutas, en lo relativo al tratamiento farmacológico porque en algo nos permitimos diferir de su opinión.

Los autores mencionados, después de una revista concienzuda de los distintos recursos terapéuticos, demuestran poca confianza en los medicamentos, aconsejando más bien el empleo de substancias anodinas y sin acción bien definida, para «sugestionar» al paciente, más bien que para obrar de un modo efectivo sobre el padecimiento. Detiénense, sin embargo, señalando el uso bastante admitido por distinguidos neurólogos, de la estricnina, del fósforo, del arsénico y de la ergotina, prescrita en los casos de neurastenia vaso-motora con congestiones de la cara, palpitaciones, vértigos, cefalalgias, etc.

No tenemos nosotros una fe ciega en la acción de los medicamentos que forman el arsenal de la terapéutica moderna, ni creemos tampoco en la posibilidad indiscutible de obrar sobre ciertos estados psíquicos, que forman el canevá de la neurastenia, pero sí creemos firmemente en la necesidad de modificar los estados anormales y patológicos del organismo, que son sin duda el origen de los estados neuróticos. *Mens sana in corpore sano.*

Para lograr el encarrilamiento de las funciones fisiológicas, cuya armonía constituye la salud, no bastan evidentemente las sugestiones, aunque sí contribuyen poderosamente los medios higiénicos y el medio ambiente especial que debe rodear al neurasténico. Pero un tratamiento de la neurastenia, sin el auxilio de los agentes medicamentosos adecuados para modificar su variada sintomatología y combatir los múltiples trastornos que amargan la vida y ensombrecen el ánimo del paciente, no la comprendemos en verdad.

La estricnina en estos casos para reanimar las energías orgánicas decaídas y la medicación fosforada para llevar al sistema nervioso los elementos que constituyen su deficiencia, son, á nuestro juicio, factores indispensables de un tratamiento racional y científico. Y no es preciso añadir que todos los recursos de una higiene severa y bien meditada, prestarán un valiosísimo contingente en el tratamiento de esa neurosis que por desgracia es tan frecuente en la época actual, así como la medicación sintomática que especialmente exija cada caso, según sea la predominancia de tal ó cual trastorno funcional.

DR. E. L. ABOGADO.

SECCION XXIII.

ESTADISTICA.

MORTALIDAD, NATALIDAD, PUERICULTURA.

(Continúa.)

Si las cifras oficiales son erróneas, acusan la falta de educación cívica de nuestras masas populares, que ó no saben ó no quieren cumplir con los deberes que le impone la vida dentro de un organismo social, y tal vez en este atraso tenga no poca parte la indiferencia con que la Administración pública ha visto el ramo de Estadística demográfica que marca, mejor que cualquiera otro el estado de fuerza, desarrollo y progreso alcanzado por las Naciones en la cultura moral y física, en el perfeccionamiento social y en el bienestar material de los individuos que las integran.

Como quiera que sea, el resultado de las cifras oficiales nos indica que en el año

Nacieron		399,209
Murieron al nacer ó antes.		8,872
Nacieron vivos		390,337
Murieron antes de llegar á 5 años	184,111	
Murieron de 5 años ó más.	207,066	
Pérdida efectiva durante el año.		840
Sumas	391,177	391,177

***

En el año de 1896 murieron en la República, de todos sexos, edades y nacionalidades, 404,654 individuos, lo que significa un diezmo de mortalidad igual á 33.06 al millar de pobladores.

Con excepción de Chiapas y Sinaloa que figuran en las estadísticas con 11,456 defunciones sobre 578,464 pobladores, todas las otras entidades, los dos territorios y el Distrito Federal dividieron en dos grupos la suma total de sus defunciones según que la causa fué ó no clasificada por médico.

En esta parte del territorio nacional poblada por 12.041,485 habitantes, se registraron 393,198 defunciones ó lo que es lo mismo 32.65 por mil; de las cuales 113,323 fueron clasificadas por médico y 279,875 no tuvieron tal clasificación, siendo de notarse que en esta última cifra van incluídos los 41,193 siniestros que ocurrieron en Aguascalientes, por indicarse expresamente en los cuadros oficiales que en ninguno de ellos hubo constancia de clasificación técnica. Deben incluirse además, en la misma cifra, las 11,456 defunciones acaecidas en Chiapas y Sinaloa, porque aunque en los documentos respectivos no se dice de una manera explícita, si sufrieron ó no la clasificación causal, desde el momento en que no hay constancia alguna, puede asegurarse que dichas

defunciones son absolutamente inservibles para la Estadística de morbilidad.

Efectuando la suma indicada, se obtiene para toda la República un total de 291,331 fallecimientos, sin que sea constante ni digna de crédito la causa que determinó la muerte en cada uno de esos casos; y por consiguiente, de cada 1,000 defunciones ocurridas en el año, sólo en 280 se puede averiguar la determinación causal y en 720 es imposible obtener datos ciertos sobre la enfermedad que originó la defunción.

Para determinar aproximadamente el mayor número de nacidos en el año, hay que dividir el territorio nacional en dos secciones.

La primera comprende los Estados en que no se computaron el número de bautizados, que son Aguascalientes, Campeche, Chiapas, Chihuahua, Hidalgo, San Luis Potosí, Sinaloa, Sonora, Tamaulipas, Yucatán, los territorios de Tepic y Baja California y el Distrito Federal, en los cuales fueron presentados al Registro Civil 114,187

La segunda la integran los Estados cuyas autoridades anotaron tanto los bautizados como los registrados y se subdivide en dos grupos:

I. Los Estados de Coahuila, Colima, Guerrero, Jalisco, México, Morelos, Nuevo León, Oaxaca, Querétaro, Tabasco, Tlaxcala, Veracruz y Zacatecas, en los cuales fué menor el número de bautizados (160,896) que el de registrados, conviniendo á la verdad tomar esta cifra, para obtener el número más alto de nacidos 230,947

II. Por el contrario, en Durango, Guanajuato, Michoacán y Puebla, que tuvieron 61,841 registrados, fué presentado mayor número á los ministros de los cultos y es este el que anotamos 96,159

Las cifras inscritas representan un valor máximo de 441,293

total de los nacimientos, que es el cómputo mayor deducible de las cifras oficiales.

Ahora bien, de la comparación entre la natalidad y la mortalidad, tomadas en bruto, resulta una diferencia de 36,839 supervivientes á favor de la población, lo que significa un aumento para el censo, en la proporción de 2.90 por cada millar de habitantes; pero como de la suma máxima 441,293 que representa el número de nacidos, hay que descontar desde luego los 9,826 que consta en los boletines oficiales que nacieron muertos, y en seguida los que hayan nacido sin vida en el Estado de Sinaloa, que no dió este dato, la cifra de ganancia debe reducirse en respetable cantidad.

Los 258,865 habitantes de Sinaloa, aportaron á la población de la República un contingente de 8,605 recién nacidos. Para averiguar aproximadamente cuántos de entre éstos nacieron muertos, es racional aplicar á la natalidad de Sinaloa el tipo medio de mortalidad fetal que se obtiene para todos los otros Estados de la República, por la comparación de sus 441,293 nacimientos, con 9,826 que resultaron de producto muerto; siendo este coeficiente de 22.26 nacidos muertos sobre cada 1,000 partos, solos 8,605 recién nacidos de Sinaloa, hubo probablemente 191 que murieron antes ó en el momento de nacer.

Sumada esta cantidad á los 9,826 cadáveres fetales registrados oficialmente, resulta un total de 10,017 fetos que nacieron muertos en toda la República y que reducen el efectivo de los partos á 431,276 recién nacidos que sobrevivieron al trabajo de ser dados á luz.

Por idéntica razón, el saldo á favor de la población queda reducido en la

misma cantidad á 26,622 individuos, obteniéndose un coeficiente de ganancia líquida en el año, igual á 2.10 por millar de habitantes.

La ganancia efectiva líquida es enteramente ilusoria, si se tiene en cuenta que entre los fallecidos del año hay la respetable cantidad de 189,948 niños, que fallecieron antes de llegar á 5 años de edad; y en Sinaloa, que tampoco tomó datos respecto á la edad de sus fallecidos, hay que suponer que su contingente de mortalidad de primera infancia, fué proporcional á la de los otros Estados de la Unión, en que figura con un promedio de 474.21 por cada mil defunciones de toda edad; haciendo el cálculo conducente, se ve, que de sus 5,047 defunciones, 2,393 deben corresponder á las pérdidas ocasionadas por la muerte en niños menores de 5 años. Es casi seguro que estas pérdidas en toda la República, se elevan á la suma de 192,341 y el balance general del año resulta como sigue:

Nacieron		441,293
Murieron al nacer ó antes.		10,017
Nacieron vivos		431,276
Murieron antes de llegar á 5 años	192,341	
Murieron de 5 años ó más de edad. . . .	212,313	
Ganancia efectiva durante el año	26,622	
Sumas.	431,276	

* * *

Al revisar los Boletines de la Dirección General de Estadística, correspondientes al año de 1897, encontramos rectificada la cifra de población; en lugar de 12.619,949 habitantes que resultaron en el primer recuento del censo de 1895, hay la suma de 12.631,840, obtenida después de las rectificaciones de concentración de los datos censatarios. Esta última cifra nos era completamente desconocida. Probablemente es la más adecuada á la exactitud; pero como no pudimos basar sobre ella los cálculos referentes á años anteriores, preferimos en favor de la uniformidad, seguir calculando sobre la primera cantidad de pobladores; por otra parte, la diferencia entre una y otra es tan pequeña, 11,901 habitantes de menos, que los resultados no serán alterados ni al centésimo de aproximación. Aceptamos que cada división política en lo particular y la República en su totalidad, tienen el número de habitantes que les asignó la primera suma del censo de 1895.

Hecha esta salvedad, pasamos á ocuparnos del movimiento de población, en el año de 1897.

Pródiga se mostró la muerte en este año, en el cual el número de defunciones fué de 455,009, que podríamos decir en números redondos, medio millón de habitantes, si la exactitud númerica y oficial no fueran la base de estos cálculos. El 36.05 al millar fué el tipo de mortalidad total en este año.

Fallecieron sin diagnóstico médico 346,945, que así están anotados explícitamente, más los 7,174 que sucumbieron en Chiapas, cuyas autoridades no indicaron qué origen tuvo el diagnóstico que hicieron de las enfermedades de sus sucumbidos; en suma 354,119 defunciones, cuya causa fué clasificada empíricamente, son poco utilizables para la estadística de morbilidad y la geo-

grafía médica. Quedan sólo 100,890 defunciones clasificadas por médicos, cuya causalidad es técnicamente aceptable. Lo mismo es decir, que de cada 1,000 defunciones, 778.27 acaecieron sin conocimiento técnico de la causa, que sólo se efectuó en 221.73, esto es, en un quinto de los casos.

La fecundidad de la raza no se mostró en los guarismos oficiales tan generosa, porque para compensar tan dispendiosa mortalidad, sólo aparecen 375,376 recién nacidos registrados por el Juez de lo Civil.

Cierto es que como en los años anteriores, en éste, subsiste la inercia popular para dejar flotante el estado civil de las personas, pero aun computando los números más altos de bautizados ó registrados en cada Estado, como vamos á hacerlo, se obtiene una cifra total máxima de nacidos, que parece muy inferior á lo que era de esperarse de la población.

Aguascalientes, Chihuahua, Puebla, Querétaro, San Luis Potosí, Sinaloa, Sonora, Tamaulipas, Tepic y el Distrito Federal, no tomaron en consideración el número de bautizados y sólo anotaron los registrados por el Gobierno, que fueron 73,822

En lo que resta del Territorio nacional, fueron contados, tanto los recién nacidos que se presentaron en demanda de estado civil, como los que fueron llevados á los ministros de los cultos en calidad de catecúmenos.

Fué mayor el número de los primeros, en Campeche, Coahuila, Colima, Chiapas, Guerrero, Jalisco, Morelos, Nuevo León, Oaxaca, Tabasco, Veracruz, Yucatán, Zacatecas y Baja California, en los cuales se apuntaron 141,675 neófitos y fueron registrados por el Gobierno Civil 203,885

Al contrario de Durango, Guanajuato, Hidalgo, México y Michoacán, en que sólo se registraron por el Juez 91,914, contra un mayor número de bautizados, que fué 110,158

En Tlaxcala, la cifra de racién nacidos presentados á la autoridad civil ó eclesiástica, fué igual 5,755

393,620

Según el cálculo anterior, se eleva la cifra de nacidos á 393,620 y habiendo sido la mortalidad de 455,009, resulta una pérdida efectiva para la población, de 61,389 habitantes, por la comparación en bruto de las dos cifras anteriores, de manera que estando representada la mortalidad por 36.05 y la natalidad por 31.19, hubo un diezmo entre la población, igual á 4.86 al millar.

La pérdida es un poco mayor todavía, porque de los 393,620 niños nacidos en el año, hubo 9,243 que nacieron muertos, según constancias oficiales, más 135 que es el tanto de mortalidad fetal en el nacimiento, que corresponde proporcionalmente á los 5,755 nacidos en Tlaxcala, que no dió el dato correspondiente y en cuyo Estado consideramos que gravitaron sobre el total producto de gestación femenina 23.48 fetos muertos, en cada 1,000 partos, al igual de lo que aconteció en el resto del territorio mexicano; luego la cantidad total de fetos muertos al nacer, fué probablemente de 9,378, que deben eliminarse de los 393,620 alumbramientos, para diferenciar los 384,242 nacidos vivos, que son los únicos que deben figurar en la regeneración de la especie. Aparece de estos últimos datos, que la diminución de pobladores fué de 70,767 individualidades ó de 5.36 al millar.

A esta pérdida efectiva hay que agregar además la pérdida potencial, mu-

cho más considerable, representada por la mortalidad infantil abajo de 5 años de edad. En esta tierna edad murieron en toda la República 211,402, sobre el total de 455,009 defunciones de toda edad, siendo la mortalidad infantil á la general, como 464.61 es á 1,000.

Resumiendo estos datos, resulta el siguiente balance:

Nacieron		393,620
Murieron al nacer ó antes.		9,378
Nacieron vivos		384,242
Murieron antes de llegar á 5 años . . .	211,402	
Murieron de más de 5 años de edad . . .	243,607	
Pérdida efectiva durante el año.		70,767
Sumas	455,009	455,009

* * *

En 1898 la mortalidad fué tan pródiga como en el año anterior, y sucumbieron por distintas causas 452,328 individuos, lo que significa un diezmo entre cada mil habitantes, de 35.92. Entre todas las defunciones hubo 130,724 cuya causa fué establecida por médico, siendo entre cada mil siniestros, 289 los que sólo tuvieron ratificación diagnóstica. 711 cadáveres por cada millar, fueron inhumados sin que haya constado en los documentos oficiales, diagnóstico técnico causal, que sirviera de base para la estadística de morbilidad. En efecto, el cuadro de defunciones del año, dice que 312,959 murieron sin que la causa de su muerte haya sido clasificada; que en Chiapas murieron 8,645 sin constancia de que hayan tenido ó no diagnóstico médico, siendo por ende acumulables á los que evidentemente no lo tuvieron y cuya suma se eleva por este motivo á 321,604, sobre un total de 12.619,949 habitantes.

La fertilidad de la raza en este año fué aparentemente estimulada por la acción gubernativa. Bastó que en el Distrito Federal se recordara á los habitantes la obligación que tienen de presentar á sus hijos al Registro Civil, y las penas en que incurren caso de no hacerlo, para que el número de presentados aumentara en el mismo Distrito, de 3,715 en el año de 1895, de 4,276 en el de 1896, de 4,618 en el de 1897, á 51,184 en el de 1898. Este resultado demuestra palpablemente el pequeño esfuerzo que se necesitaría de parte de las autoridades, para obtener una cifra exacta del número de nacidos en cada año.

Es indudable que en los 51,184 registrados en el Distrito Federal durante el año de 1898, sobre una población de 476,413, están amparados muchos individuos que no nacieron en el año, sino en anteriores; pero si el estímulo gubernativo fuera constante, al cabo de pocos años, el recargo en la suma producida por nacimientos atrasados y no registrados debe desaparecer, para dejar en la cuenta el valor neto de recién nacidos, ó de producción anual; y los habitantes se acostumbrarían á cumplir con los preceptos del Código. Serían dos ventajas de importancia, conquistadas á costa de muy corto esfuerzo. Desgraciadamente, la apatía de nuestro carácter necesita de estimulaciones más que enérgicas, lentas y persistentes, porque las primeras provocan en el organismo individual y social de la raza á que pertenecemos, excitaciones y resistencias tan violentas como fugaces, conduciendo á resultados prácticos efíme-

ros. Las segundas, por el contrario, imprimiendo constantemente su influencia en los elementos del cuerpo social, los transforman de una manera insensible y paulatina, despiertan su letargo é imprimen á su actividad direcciones determinadas y perennes.

La disposición del Gobierno del Distrito, que tan benéficos resultados dió para conocer á fondo el valor de la natalidad entre los habitantes sugetos á su jurisdicción durante el año de 1898, paulatinamente ha ido perdiendo de su vigor y á la fecha, puede decirse que el estímulo momentáneo que determinó la alza en el número de presentados, se ha neutralizado por completo ante la inercia de las autoridades subalternas y la apatía del carácter popular.

La acción del Gobierno en aquella época, parece que no tuvo el complemento indispensable de una recolección cuidadosa de las edades de los presentados, para que hubiera sido útil á la Estadística de natalidad. En la actualidad nos encontramos imposibilitados para distribuir esa importante suma de nacimientos en los años á que deben corresponder. Revisar una por una las 51,184 actas de nacimiento á que dieron lugar, para investigar la edad de cada presentado en esa época, es tarea demasiado gravosa para el tiempo de que disponemos, así como nos hubiera sido sutil, si en aquel entonces hubiésemos sido los encargados de llevar esa estadística á la par que se efectuaran las presentaciones.

Por más increíble que sea, no nos queda más recurso que el de aceptar esos nacimientos como realmente efectuados en el año. En caso de alterar los resultados, será en beneficio del aumento de población.

Contando con esa suma, el número total de presentados á las oficinas del Registro Civil en Aguascalientes, Chiapas, Chihuahua, Distrito Federal, Hidalgo, Puebla, Querétaro, San Luis Potosí, Sinaloa, Sonora, Tabasco, Tamaulipas y Tepic, fué de 161,553

Los Estados anteriores no computaron el número de bautizados. En Campeche, Coahuila, Colima, Guerrero, Jalisco, México, Morelos, Nuevo León, Oaxaca, Veracruz, Yucatán, Zacatecas y Baja California, se anotaron en los curatos 178,013 registrados, y en las oficinas del Gobierno. 259,163

En Durango, Guanajuato y Michoacán, el número de presentados á la autoridad civil fué de 59,551, menor que el de presentados á la eclesiástica, que fué de. 71,795

En Tlaxcala, ante una y otra autoridad fueron inscritos . . . 6,666

La suma total máxima de registrados en el año 502,177

de los cuales fueron presentados sin vida en 29 secciones territoriales 10,184, sobre 495,511 alumbramientos que les corresponden, resultando un cociente de mortalidad fetal durante el embarazo y el parto, igual á 20.55 por cada millar de gestaciones.

Aplicando á Tlaxcala, que no anotó el número de presentados muertos, el mismo tipo de mortalidad fetal, resulta que en su territorio y sobre sus 6,666 registrados, hubo probablemente 137 cadáveres fetales, que sumados á los 10,184, dan una cifra de 10,321, que representa la mortalidad total de los productos y en consecuencia el número de nacidos vivos, sobre los cuales hay que calcular las ganancias de la Nación en el año, es de 491,856.

(Concluirá.)

SECCIÓN XXVI.

SECCION OFICIAL

Hemos recibido del

Consejo Superior de Salubridad.—Servicio especial contra la fiebre amarilla. Veracruz, el Informe rendido por el Sr. Dr. Narciso del Río, Jefe del servicio Sanitario en aquella Ciudad.

Pena nos causa no poder insertar íntegro este informe en nuestras columnas, por la extensión que tiene, pero es de tal manera interesante, que no podemos resistir el deseo de darlo á conocer aunque sea en resumen, pues el resultado obtenido por las medidas acertadas que el Superior Consejo de Salubridad ha dictado y que la Comisión respectiva ha ejecutado con un celo y actividad laudables, es tan notable que las cifras, con su lógica elocuente é incontrovertible, manifiestan ya la utilidad de la campaña iniciada y proseguida con vigor contra una de las más terribles endemias que siempre han pesado sobre nuestras costas.

No es en verdad numeroso el personal encargado de este servicio de capital importancia, pues se compone sólo de un Médico, Jefe del servicio, tres Médicos Inspectores de Distrito, 20 Agentes sanitarios para las visitas domiciliarias, 4 de inspección de aguas, larvas y petróleo, 2 agentes para desinfecciones y uno para limpiezas y 14 mozos, 6 para limpieza, 4 para desinfecciones y otros 4 para petróleo.

El resultado de las visitas de aseo en las casas y patios en los cuales se ejecuta la limpieza que es preciso, la esterilización de los depósitos de agua sospechados de abrigar larvas, el aislamiento inmediato de todo enfermo contaminado de la fiebre amarilla y en suma, las medidas todas que se han juzgado indispensables para desterrar la endemia, han dado ya el siguiente bellísimo resultado:

Mortalidad general en 1902...	2,430.	Mortalidad por Fiebre amarilla..	286
» » » 1903...	2,566.	» » » »	375
» » » 1904...	1,858.	» » » »	12

Como se ve, el éxito no puede ser más satisfactorio y más digno de encomio. No solamente la enfermedad que con justicia ha hecho temibles nuestras costas, impidiendo el progreso y desarrollo á que es acreedor el importante y simpático Puerto de Veracruz, sino la mortalidad en general ha sido modificada por esta benéfica campaña.

Al enviar nuestros sinceros plácemes á todos los que en ella prestan su concurso, les incitamos calurosamente á que no desmayen y perseverando en el esfuerzo, lleven á cabo la extinción del azote cruel que esperamos quede bien pronto en las lobregueces del pasado, como el recuerdo de una aterradora pesadilla.

También hemos recibido el

Informe rendido por el Delegado Oficial de los Estados Unidos Mexicanos, Dr. Carlos Manuel García, al C. Secretario de Estado y del Despacho de Gobernación.—IV Congreso Médico Panamericano.—1905.—Veracruz.

En este informe el Sr. Dr. García manifiesta el resultado de la comisión que le fuera confiada al nombrarle Delegado de México al IV Congreso Médico Panamericano, que se reunió en la Capital de la República de Panamá, del 2 al 5 de Enero próximo pasado, debiendo figurar en la Sección de Epidemiología.

Este Congreso desgraciadamente tuvo una escasa concurrencia y no correspondió á los fines científicos y altruistas á que estaba destinado.

Por este informe sabemos el triunfo alcanzado por el Sr. Dr. D. J. Ramos y de él nos congratulamos sinceramente, esperando que el Congreso próximo que debe verificarse en Guatemala el año de 1907, sea más concurrido y más fecundo en utilidad práctica para la ciencia y la humanidad.

DR. E. L. ABOGADO.

SECCION XXIX.

MEDICAMENTOS Y COMERCIO INDEBIDO.

Toda adulteración engendrada por el mercantilismo de nuestros días, todo engaño al comercio de buena fe y al público en general, pero sobre todo, el que conscientemente se hace al enfermo que busca un remedio á sus males y confía en las promesas de los fabricantes de drogas y productos químicos, levanta un grito de reproche en toda conciencia honrada y es por esto por lo que la ley ampara los intereses de la sociedad, creando oficinas que examinen las substancias que sirven de alimento ó las que se preconizan como seguro medicamento de alguno de los males que afligen á la especie humana.

En la noble tarea de denunciar al público los abusos de este género, siempre podrá contarse con el concurso y apoyo de nuestra CRÓNICA, que siempre ha demostrado un criterio independiente y se honra defendiendo toda buena causa.

Por eso no tenemos inconveniente en insertar la traducción del extracto siguiente, que se refiere á un producto con el cual se pretende substituir el agua oxigenada real y verdadera, con tanta mayor razón cuanto que esa medicación es aceptada más y más cada día por su mérito indiscutible y efectivos resultados, por la inmensa mayoría de los médicos mexicanos.

El extracto que publica el Boletín núm: 63 del «North Dakota Agricultural College, Government Agricultural Experiment Station of North Dakota,» dice así:

«*Productos alimenticios adulterados y estudios sobre comestibles,* por E. F. LADD, Químico é Inspector de Comestibles.—*Fargo, North Dakota.*—U. S. A., Noviembre de 1904.

LIQUOZONE.

«Este producto está profusamente anunciado y es muy vendido en North Dakota y frecuentemente ha encontrado el camino de nuestro Laboratorio para su análisis. Es preparado por la «Liquid Ozone Company» de Chicago. Después de enumerar cincuenta enfermedades para las cuales se recomienda el LIQUOZONE, añade: «Todas las enfermedades que comienzan con fiebre, toda

inflamación, todo catarro, en cualquiera parte del cuerpo, toda enfermedad contagiosa, todas las consecuencias de la sangre impura ó contaminada.» Y en seguida añade: «Nosotros pagaremos $1,000 á cualquier médico ú hombre de ciencia que demuestre un germen de enfermedad que no pueda destruir el *Liquozone*.» El *Liquozone*, oxígeno líquido, cura invariablemente toda afección causada de cualquier modo por gérmenes.»

En esta última afirmación se ve el empeño de introducir la idea de que el *Liquozone* es oxígeno líquido, afirmación tan falsa como ridícula. Pretenden asimismo despertar la idea de que el *Liquozone* es un cúralo-todo, desde la debilidad de la vista hasta el asma, desde la neumonía hasta las almorranas. Puesto en agua la purifica y previene la tifoidea: en leche la esteriliza y en cerveza previene la fermentación y la biliosidad.

¿Qué es este maravilloso producto tan ampliamente anunciado y elogiado por sus interesados promotores? Una muestra de Liquozone se ha encontrado con una acidez de 1.34 por ciento en forma de ácidos sulfúrico y sulfuroso. El total sólido del residuo negro del líquido de reacción ácida, alcanza á 1.82 por ciento y el residuo de cenizas á 0.25 por ciento. El carácter de las materias fijas y cenizas indican claramente el ácido libre. Otras muestras examinadas por nosotros han revelado un contenido de ácido mayor de 1.73 por ciento, indicando que este producto ni siquiera es uniforme en su composición.

El uso libre y sin restricción alguna de un producto que contenga esta cantidad de ácidos sulfúrico y sulfuroso, no puede ser considerada como enteramente inofensiva para el organismo humano. El público, por consiguiente, hará bien si solamente por consejo ó prescripción de su médico usa un producto semejante.»

Y no solamente es este el análisis hecho del Liquozone, análisis que insertamos íntegro por ser un documento oficial, cuyo carácter le hace bien merecedor de entero crédito. Tenemos á la vista, asimismo, los practicados por los siguientes químicos, notándose la coincidencia y uniformidad en el resultado de todos estos análisis no sólo cualitativos sino cuantitativos.

Dr. H. Endemann, de New York. (2 Informes).
Dr. Chas B. Gibson, de Chicago, Ill.
Dr. Arthur Lachman, de San Francisco Cal.
Dr. A. H. Low, de Denver, Colorado.
Dr. F. T. Aschman, de Pittsburg, Pa.
Dr. Charles A. Doremus, de New York.
Dr. F. A. Genth, de Philadelphia, Pa.
Dr. J. C. Mims, de New Orleans, Louisiana; y
Dres. Penniman y Browne, de Baltimore, Md.

Todos estos análisis están juramentados y autorizados legalmente ante notario público con todos los requisitos legales, por lo cual nos creemos autorizados para llamar la atención de los médicos mexicanos, entre los cuales, como dijimos ya, las preparaciones genuinas oxigenadas, son de uso constante.

Si con todas las preparaciones medicinales que inundan nuestro mercado se hiciese otro tanto, cuántos medicamentos inútiles serían suprimidos, realizándose el filantrópico deseo que ya otra vez hemos expresado en un trabajo intitulado «Específicos Vergonzantes».

DR. E. L. ABOGADO.

SECCION XXX.

BIBLIOGRAFIA

Diagnóstico Especial de las Enfermedades internas.—Tratado escrito para Médicos y Estudiantes según las lecciones del Dr. Guillermo V. Leube, Profesor de Clínica Médica y Director del Hospital «*Julius*» en Würsburg.—Traducido por los Dres. F. de la Riva, Ex-Médico voluntario del Hospital «Urban,» de Berlín y M. González Tánago, Ex-Alumno de las Clínicas de Guyón y Bergmann, Bèilly Bailliare é hijos. Madrid.

Entre las muchas obras de medicina de que á diario damos cuenta, ninguna hay que haya producido más beneficios á la clase médica que el *Diagnóstico especial de las Enfermedades internas*, por el profesor alemán Dr. Guillermo V. Leube, traducida al castellano por los Dres. D. Francisco de la Riva y D. Manuel González Tánago.

Agotada la primera edición en plazo breve y proclamada como la única obra capaz de resolver y aclarar las dudas que se susciten en el diagnóstico, sus editores, los Sres. Bailly-Baillière é Hijos, ante las continuadas peticiones que de la obra les hacía la clase médica de España y América, han publicado la segunda edición española, correspondiente á la sexta alemana.

Preséntase el Leube en esta edición completamente refundido y asombrosamente anotado con casos clínicos, no solamente del autor, sino de los observados por los traductores, dando cabida á cuanto hasta el día se conoce. De dos tomos voluminosos é ilustrados consta la obra. El primero trata especialmente del diagnóstico de las enfermedades del corazón, de las del aparato respiratorio, de la tráquea y bronquios, del pulmón, del mediastino, de la pleura, de los órganos abdominales, del hígado, del bazo, del tubo digestivo, de la boca, del paladar y de las fauces, del esófago y del estómago, del intestino, de las del aparato urinario, de la vejiga y de las enfermedades de las cápsulas suprarrenales, haciendo de todas ellas un concienzudo estudio.

El tomo segundo empieza con un amplio estudio sobre el diagnóstico de las enfermedades del sistema nervioso, con la exposición de sus correspondientes cuadros clínicos; continúa con el de las enfermedades de la médula; con los de la médula oblongada y del puente; con los del cerebelo, cerebro, músculos, nutrición, constitucionales é infecciosas, etc., haciendo un notable estudio sobre la sangre, al que acompañan unas notables láminas en color.

Tal es, á grandes rasgos, esta obra, que debe ser consultada por médicos y estudiantes si quieren conocer el desarrollo científico de la medicina y afirmarse en el sentido diagnóstico, solucionando de un modo satisfactorio las dudas que tengan á la cabecera del enfermo.

De venta en todas las librerías y en la de los Sres. Bailly-Baillière é Hijos, plaza de Santa Ana, 10, Madrid, al precio de 20 pesetas en rústica y 23 encuadernada en tela.

Esta obra, verdaderamente notable y útil, puede, como todas las que en esta Sección se dan á conocer del público médico, pedirse por conducto de la Administración de la Crónica.

Guía sinóptico para el diagnóstico y asistencia de enfermos tuberculosos, con aplicación á dispensarios, sanatorios y práctica particular.—Los Dres. B. Malo de Poveda, Secretario de la Junta central de la Asociación Antituberculosa de España, y D. Fernández Campa, Director del Balneario de Santa Teresa, acaban de prestar un señaladísimo servicio á la obra antituberculosa, publicando un folleto en el que, bajo el título que encabeza estas líneas, se han sintetizado los más importantes datos etiológicos de investigación clínica y de laboratorio que en todo momento, ante la consulta de un dispensario, conviene al médico tener á la vista. Consultando este notable *Guía*, el médico diagnosticará de una manera precoz cualquier caso de tuberculosis, permitiéndole tratarla convenientemente y con éxito, y además aprenderá á consignar de una manera sencilla el historial clínico de cada enfermo, con las anotaciones de las modificaciones que se observen en el curso del proceso y los resultados obtenidos por el tratamiento empleado.

Como verán nuestros lectores por lo expuesto, el trabajo desarrollado por los Dres. Malo de Poveda y Fernández Campa, á más de ser notabilísimo, es sumamente práctico. por lo que les felicitamos, así como á los editores del libro, Sres Bailly-Baillière é Hijos, en cuya Librería editorial, plaza de Santa Ana, 10, y en todas las de España y América, se vende al precio de 50 céntimos.

Elegantemente editado, acaba de publicar un hermoso libro el Dr. Martínez Angel, tan conocido por sus trabajos y práctica de especialista. Es un bello volumen en 4°.

La **Higiene de los huesos y de las articulaciones del niño** está escrita con primor literario y exactitud científica, é ilustrada con 150 dibujos originales, además de una lámina en fototipía.

Es lectura para médicos, padres de familia, maestros, sociólogos y políticos á la moderna, de los que se preocupan con la resolución de problemas que interesan, al presente y en lo venidero, á nuestro pueblo y á nuestra raza.

Siendo un libro de ciencia pura y aplicada, propio de los facultativos, resulta á la vez de provechosa y amena enseñanza para toda clase de lectores ilustrados, aunque no sean médicos. Tal es nuestra propia impresión y la de cuantos la leen.

La importancia del asunto se comprende por el título que lleva el tomo y por el renombre de su autor. Acabará de justificarla el decir que sus ocho extensos capítulos (además de una introducción) van así rotulados: el niño no es un ser feliz; es un esclavo del adulto, sea éste quien fuere; higiene del esqueleto del niño antes de que éste pueda tenerse en pie; inspección del niño; enfermedades que deforman el esqueleto; estática del niño en pie; dinámica del niño; el niño en la escuela y el niño en el taller.

El Dr. Martínez Angel debe estar satisfecho de haber así realizado una labor utilísima á la medicina y al país con ese libro, digno de meditación.

Massage des Membres.—Par le Dr. Dagron, ancien interne des Hôpitaux, ancien aide d'anatomie á la Faculté. Un volume in 8° raisin de 484 pages avec 101 figures dans le texte. Prix: 12 francs.—G. Steinheil Paris.—2 Rue-Casimir-Delavigne (VI).

En todos los Tratados de Massage que han aparecido hasta hoy, los autores se han extendido sobre las indicaciones de este método terapéutico, pero la parte técnica era por lo común deficiente. Mr. Dagron ha evitado este inconveniente presentándonos un volumen que es útil á la vez al principiante y al médico práctico.

Después de consagrar un capítulo especial á las generalidades de masoterapia, insistiendo sobre todo en la explicación y la técnica de las diversas maniobras, estudia el autor sucesivamente cada una de las regiones principales de los miembros, bajo el punto de vista del masage.

Para cada región masoterápica hace una revista de anatomía y fisiología, adaptadas á la cuestión y facilita así el estudio detallado de la técnica del masage, que comprende maniobras y movilización (pasiva y activa) lo mismo que la educación muscular. Cada una de estas partes varía en las diversas regiones y son descritas en cada región como complemento del tratamiento kinésico.

Estas afecciones clasificadas y divididas en traumáticas y no traumáticas, en agudas y crónicas son detalladas según su importancia y cuando son comunes á varias regiones, el autor insiste sobre todo en la localización que más frecuentemente se observa: la entorsis del pie, por ejemplo, es más minuciosamente detallada.

En cada enfermedad estudiada por el autor, su terapéutica se describe con particularidad. Pero si la patogenia, la sintomatología, la anatomía patológica pueden tener alguna relación con las indicaciones ó contraindicaciones, con la evolución y aun con el pronóstico, hace de ella una descripción más completa que haga comprender mejor la importancia de la elección de este método.

Por eso han sido objeto de descripciones más extensas, y al presentarlas ha hecho algunas observaciones originales al tratar de ciertas fracturas, de la flebitis, de las deformaciones del pie, de las localizaciones reumatismales y de algunas afecciones nerviosas.

Termina la obra un capítulo especial sobre el masage en general que se recomienda sobre todo por el lugar mismo en que fué concebido y formulado: en la Escuela Masoterápica del Hôtel-Dieu, en el servicio del Dr. J. Lucas-Championnière.

Esta obra, como todas las que son en esta sección rápidamente analizadas, puede obtenerse directamente ó por medio de la Administración de la CRÓNICA MÉDICA MEXICANA.

Fisiología Humana por el Dr. Luigi Luciani, Director del Instituto Fisiológico de la Real Universidad de Roma. Versión castellana por el Dr. P. Ferrer Piera, C. de la Real Academia de Medicina de Barcelona y anotada por el Dr. D. Rafael Rodríguez Méndez.

Esta obra que edita la conocida casa editorial de Antonio Virgili, S. en C., de Barcelona, calle del Rosellón núm. 208, continúa publicándose por entregas, confirmando cada vez más la idea que sobre ella tenemos de ser la obra del ramo mejor que existe en la actualidad.

Hemos recibido los cuadernos últimos, en que hemos leído la mecánica del aparato locomotor y la fisiología general del sistema nervioso, tratados ambos puntos de una manera verdaderamente magistral.

Recomendamos de nuevo la obra á los lectores de la «Crónica» que gusten de ese ramo, sin cuyo conocimiento es imposible el buen diagnóstico y la buena terapéutica.

NOTAS.

EXCESO DE MATERIAL.

Por la suma abundancia que existe en cartera, de material, tenemos la pena de suprimir hoy varias secciones, entre las cuales figura la de la «Revista de la Prensa Médica Extranjera» de la cual pronto publicaremos las muy interesantes con que nos han favorecido los Dres. Calvillo y Landa.

RAYOS CHARPENTIER (DE NANCY).

Este autor ha comunicado á la Academia de Ciencias de París, los resultados de sus curiosas experiencias, deduciendo que el organismo humano y en particular los músculos y los nervios en actividad, emiten radiaciones especiales, que aumentan el esplendor de las substancias fosforescentes.

Funda sus experiencias en el estudio de los rayos N. de Blondlot, que son radiaciones especiales capaces de atravesar los metales y un gran número de cuerpos opacos, madera, carbón, etc., y que obran sobre los cuerpos fosforescentes avivando su intensidad luminosa.

Charpentier, hace constar que el objeto fosforescente ó fluorescente (sulfuro de calcio, platino, cianuro de bario, gusano de luz inclusive) se ilumina con una luz más viva, cuando se le aproxima al cuerpo humano y sobre todo á un músculo, un nervio ó un centro nervioso en funcionamiento. Se puede así reconocer la presencia de un nervio superficial y seguir un trayecto; por consiguiente, deduce de sus experiencias que el organismo emite dichos rayos N. de Blondlot.

Esta emisión es tanto más intensa, cuanto más activo es el funcionamiento del organismo.

Tendremos, pues, en este fenómeno, un nuevo método de exploración de la actividad muscular y nerviosa. Paseando un trozo de sulfuro de calcio por la región cardiaca, se limita el área del corazón, órgano en actividad casi continua.

El abultamiento ó dilatación cervical de la médula, determina una fosforescencia muy viva, en cuanto el sujeto en experiencia mueve los miembros superiores.

Dignos son estos estudios de fijar la atención, pues tratándose de un procedimiento tan sencillo como práctico, hemos de esperar que el descubrimiento de las radiaciones humanas, hecho por Charpentier (de Nancy) nos llevarán á la mayor perfección en el conocimiento fisiológico y patológico de fenómenos no explicados satisfactoriamente hasta ahora.—*(La Médicine Moderne.)*

SUMARIO.

Sección IV.—Lección inaugural del Curso de Clínica Externa dada en el Hospital General del Estado de Puebla.—Curación de las heridas, por el Profesor Angel Contreras. Puebla, Pue.—Sección V.—El régimen en las enfermedades, por el Dr. E. Lamicq. (Concluirá.)—Sección X.—*Obstetricia.* ¡Operar!—La extracción manual innecesaria de la placenta, por el Dr. Melesio de Anda, Tecolotlán, Jal.—Sección XVII.—*Terapéutica.* La Alcaloidoterapia y los neurasténicos, por el Dr. E. L. Abogado.—Sección XXIII.—*Estadística.* Mortalidad, Natalidad, Puericultura, por el Dr. Rafael Noram. (Continuará.)—Sección XXVI.—*Sección Oficial.*—Sección XXIX.—Medicamentos y comercio indebido, por el Dr. E. L. Abogado.—Sección XXX.—Bibliografía.—Notas

Tomo VIII. México, Abril 1º de 1905. Núm. 4.

CRONICA MEDICA MEXICANA

REVISTA DE MEDICINA, CIRUGIA Y TERAPEUTICA

(ESPECIALMENTE ALCALOIDOTERAPIA Y SEROTERAPIA)

—Y—

ORGANO DEL CUERPO MEDICO MEXICANO.

DIRECTOR PROPIETARIO

DR. ENRIQUE L. ABOGADO.

Miembro correspondiente de la «Societé Obstétricale de France, París» y honorario de la «Societé de Thérapeutique Dosimétrique de París.

JEFES DE REDACCION:

Dr. Barreiro Manuel.—Ex-Jefe de Clínica de Obstetricia de la E. N. de Med.

Dr. Duque de Estrada, Juan.—Profesor adjunto de Obstetricia de la E. N. de Med.

Dr. Mejía, Demetrio.—Profesor de Clínica Interna (3er. año) de la E. N. de Med.

Dr. Suarez Gamboa, Ricardo.—Cirujano del Hospital *Morelos*.

Dr. Vasquez Gomez, Francisco.—Profesor de Patología Externa de la E. N. de Med.

Dr. Zarraga, Fernando.—Profesor adjunto de Obstetricia de la E. N. de Med.

Sres. Dres. Manuel Carmona y Ramon Reynoso.—Sección de Medicina y Cirugía Dental.

Prof. Juan B. Calderon.—Preparador de Farmacia é Hist. de Drogas de la E. N. de Med.

Prof. Jose de la L. Gomez.—Sección de Medicina Veterinaria.

SECCION V.

EL REGIMEN EN LAS ENFERMEDADES

Trabajo leído en la segunda Conferencia de la Sociedad Médica «Pedro Escobedo,» el día 23 de Diciembre de 1904, en el Salón de Actos de la Escuela Nacional de Medicina, por el Dr. Eduardo Lamicq.

(CONCLUYE.)

Respecto al otro padecimiento crónico de esta víscera para el que también se ha establecido régimen especial ó privativo, es la litiasis renal. Estos enfermos no tienen repugnancia instintiva por determinado grupo alimenticio. Sin embargo, antiguamente se les sujetaba á un régimen vegetal absoluto por un tiempo siempre muy largo. Pero no tardó en observarse que la supresión de los albuminoides produce por autofagismo un enflaquecimiento y un debilitamiento general peligroso y lo que es más, puede ocasionar la oxaliuria y alcalinizando la orina favorecer la precipitación de las sales calcáreas alrededor del núcleo úrico. [1] Así pues, este régimen no combate la litiasis, lo que hace es cuando más transformarla y esto á costa de un autofagismo peligroso. Hay pues que seguir las indicaciones del organismo, el que no teniendo repugnancia instintiva por determinados alimentos quiere un régimen mixto.

Para terminar lo relativo al régimen en los padecimientos viscerales, veamos aunque sea muy someramente si en las enfermedades del corazón pasa lo mismo que en las de las demás vísceras. Nada diré de sus enfermedades agudas (endocarditis, pericarditis) por estar incluídas en el grupo de padeci-

1 Le Monde Médical—903—Octubre 15.

mientos febriles agudos de que ya se trató. En cuanto á las crónicas (hipertrofia, lesiones valvulares, etc.), por sí mismas no exigen régimen especial y de hecho mientras los demás órganos de la economía no se resienten del padecimiento cardiaco, el apetito se conserva bien y el enfermo no se ve obligado á seguir régimen especial alguno; no es sino más tarde cuando la congestión pasiva ha dañado las otras vísceras, principalmente al hígado y al estómago que las digestiones se alteran, que el apetito sufre y que se piensa en el régimen. Estas perturbaciones digestivas dependen, pues, de los padecimientos gastro-intestinales, hepáticos ó renales, consecutivos á la afección cardiaca. No me detendré pues en su estudio, porque no haría sino repetir lo que ya se ha dicho al tratar de los padecimientos de esas vísceras.

Como se ve por el estudio que acabamos de hacer de todas las enfermedades de las principales vísceras de la economía y sobre todo, de aquellas en las que se ha atribuido al régimen una grande importancia, el mejor régimen es aquel que el organismo indica por medio del apetito instintivo. Para no alargar demasiado este trabajo, no me entretendré en estudiar de la misma manera los padecimientos generales, habiendo ya dicho algo respecto á ellos, sea en el curso de este mismo trabajo, sea en trabajos anteriores. Así, de la diabetes, en una comunicación presentada á esta misma Sociedad. [1] creo haber demostrado que el régimen azoado, que tanto se ha recomendado no tiene razón de ser y aun es nocivo, debiéndose alimentar á estos enfermos conforme lo indica su apetito, siguiendo un régimen mixto. En la gota hice ya notar más arriba que si antes se recomendaba el régimen vegetal, ahora por el contrario, se recomienda el azoado, es decir, que lo que en un tiempo se creyó nocivo ahora se le considera como benéfico y la verdad es que, como se ve, ningún grupo alimenticio es nocivo en esta enfermedad, como lo demuestra el hecho de que todos ellos hayan sido á su vez recomendados por numerosos médicos. El régimen, pues, debe de ser mixto, como lo indica el apetito del gotoso que no es exclusivo. Así pues, sólo lo estudiaremos ya en la cloroanemia, por ser de aquellos padecimientos en los que el régimen ha tenido siempre gran importancia. De estas enfermas se puede decir que de un modo general repugnan á una alimentación que era de creerse les sería muy útil por lo substanciosa y nutritiva (carne, huevos, etc.), y por el contrario, apetecen y toman con el mayor gusto, substancias aparentemente inadecuadas á su estado, como frutas, ácidos, dulces, chile, mostaza y otros condimentos excitantes. Ahora bien, la experiencia demuestra que esta alimentación no es en ellas tan irracional, como á primera vista aparece. En comprobación de esto citaré la siguiente observación que ha sido publicada por Rabuteau [2] en su magnífico Tratado de Terapéutica. En el servicio del Dr. Grisolle había dos enfermas, una de ellas de 18 años de edad y clorótica en último grado, la otra de 40 años, con profunda anemia consecutiva á hemorragias originadas por hemorroides, las que una vez operadas, cesaron, como era natural; así es que esta enferma no perdía ya más sangre. Ahora bien, á pesar de los ferruginosos, amargos, etc., el estado de ambas enfermas no mejoraba, pues no querían tomar sino alimentos vegetales con vinagre ó fuertemente condimentados, los que les eran siempre rehusados. En vista de esto, Rabuteau se propuso suministrar ocultamente á la enferma clorótica esos alimentos prohibidos, consi-

1 *Observador Médico*—1903—pág. 265.

2 Rabuteau. Thérapeutique et Pharmacologie—1875, pág. 81.

guiendo con eso el que recuperara la salud; mientras que la otra, sujeta al régimen llamado fortificante, falleció al mes y medio, sin haber podido recuperar los glóbulos sanguíneos que le faltaban; y sin embargo, como lo hace notar el mismo sabio, esta última estaba en mejores condiciones para curar, pues su anemia era consecutiva á hemorragias ya suprimidas, es decir, de las anemias más curables y afirma, y con razón, que ciertamente hubiera curado si se le hubieran dado los alimentos que apetecía. Termina su notable observación con las siguientes palabras que no puedo menos de transcribir: «De «hoy en adelante,» dice, «la naturaleza y la experiencia me servirán de guía. «La naturaleza reclama alimentos ácidos ó de fuerte gusto, es decir, substan«cias que aumenten la acidez del jugo gástrico ó favorezcan su secreción; la «experiencia nos enseña que la necesidad de alimentos vegetales es aun racio«nal en las cloróticas (el jugo gástrico es menos ácido en los herbívoros que «en los carnívoros). No importa que la clorótica se alimente como un herbí«voro, lo que se necesita es que se alimente, esto es lo capital. Bien pronto «bajo la influencia del fierro y de esa alimentación aparentemente defectuosa, «las enfermas se recuperarán y podrán más tarde seguir un régimen más «fortificante y curar rápidamente.» Esta observación demuestra lo ventajoso que es el obedecer las indicaciones de la naturaleza y justifica el apetito aparentemente ilógico de estas enfermas. Respecto á los dulces, sólo recordaré que en Dinamarca y en Hanovre, [1] es muy popular un tratamiento empírico de la clorosis que consiste en mandar á estas enfermas al campo y prescribirles simplemente el que coman mucha miel, y los resultados que se obtienen son tan buenos que en vista de ellos, Lehman ha sostenido que la clorosis se debe á la insuficiencia ó escasez de la azúcar hepática y que Mack (de Kiel) recomiende como tratamiento el azúcar de uva; así, pues, la observación demuestra que el mejór régimen en estos casos es precisamente el que indica el apetito instintivo de estas enfermas. Veamos, sin embargo, si las modernas investigaciones científicas confirman ó invalidan estos resultados. Por mucho tiempo ha reinado gran confusión respecto á la naturaleza de la dispepsia que casi siempre acompaña á esta enfermedad; así mientras que Peter y otros afirmaban que se trataba de una hipoclorhidria, Hayen por el contrario, decía encontrarse frecuentemente la hiperclorhidria. Esta confusión provenia de que no se buscaba la patogenia de la dispepsia que se encontraba en las cloroanémicas pero ya últimamente A. Robin ha estudiado este punto y encontró que en las cloróticas pueden haber 3 clases de dispepsia: la 1ª es anterior á la cloroanemia y es muchas veces su causa ó á lo menos ha contribuido á originarla; la 2ª que sólo la acompaña y es debida á la irritación del estómago por las medicinas ó alimentación inconvenientes de las cloróticas, y la 3ª que es la única que realmente depende y pertenece á la cloroanemia. Desde luego se comprende que las 2 primeras pueden ser hiper ó hipoesténicas puesto que no pertenecen ni dependen en manera alguna directamente del proceso cloroanémico al que sólo han provocado ó acompañan. No así la última, la que como decíamos, sí forma parte de este proceso; ahora bien, las investigaciones de Robin [2] demuestran que se trata entonces de dispepsia hipoesténica con hipoclorhidria y aun anaclorhidria y en cuanto á su secreción péptica se encuentra viciada é insuficiente. Esto último se debería, según J.

1 Jaccoud, Pathologie Interne—1879, pág. 1055—título II.

2 A. Robin. Les Maladies de l'Estomac—pág. 1034.

Renaut, á que siendo las células secretantes de la pepsina células á ergatoplasma es solo en éste, con exclusión de todo el resto del citoplasma, en el que se encuentra fierro orgánico, lo que indica la importancia de esta última substancia en esta secreción. Se comprende, pues, que cuando haya insuficiencia de fierro, como pasa en la cloroanemia, esta secreción se resienta y resulte, como dice Robin, viciada é insuficiente. Así, pues, en el estómago de estas enfermas falta el ácido clorhídrico y la pepsina necesarios para la digestión de los albuminoides; con razón, pues, estos organismos no apetecen esas substancias. En resumen, vemos que tanto la observación clínica como la ciencia, demuestran que en la cloroanemia, lo mismo que en las demás enfermedades, el apetito instintivo es el mejor guía que podemos tomar para establecer en ellas un buen régimen alimenticio.

Terminada esta ya larga revista, de procesos morbosos en su relación con el régimen alimenticio, sólo me resta decir algunas palabras sobre ciertos estados en los que es precisamente la modificación del apetito la que aparentemente, á lo menos, constituye todo el proceso. Frecuentemente en la patogenia de esos padecimientos encontramos alguna afección nerviosa (histeria, locura, etc.); en esos casos, no se trata, por lo común, del deseo instintivo que hay que respetar, sino del imaginativo que, como se dijo ya, no debe de ser tomado en consideración. Pero hay otros casos cuya patogenia es distinta, y éstos sí merecen ser estudiados.

La modificación del apetito puede ser por diminución (anorexia) por exageración (hiperorexia) ó por alteración (parorexia).

No me detendré en el estudio de la anorexia, porque cuando no es debida á alguna afección nerviosa (enajenación mental, histeria, etc.), es sintomática del padecimiento de alguna víscera, principalmente del estómago, y ya vimos que es entonces justificada.

La hiperorexia (bulimia, polifagia) temporal ó permanente, frecuentemente es una manifestación de la hiperclorhidria, y ya vimos que es entonces justificada. Los demás casos en los que se ha señalado, [1] si se les examina, se nota que todos ellos pertenecen á estados en los que el organismo ha sufrido, ó que sufre grandes pérdidas que quiere reponer ó bien por cualquier motivo, la asimilación es insuficiente y el organismo quiere aumentarla. Así, en los casos en que se ha señalado encontramos en unos que ha habido hemorragias abundantes, supuraciones prolongadas, espermatorrea; diabetes ó convalecencia de enfermedades agudas; en los otros casos han sido en individuos portadores de una fístula biliar gástrica ó intestinal, ó que tienen una brevedad anormal y congénita del tubo digestivo. Dionis, Tiedmann, Ruyoch; ruptura del canal torácico (Morton), obstrucción tuberculosa de los ganglios mesentéricos (Margogni). Se ve, pues, que en uno ú otro caso, el organismo necesita de una asimilación mayor para restablecer su equilibrio; es pues lógico, que pida más alimento. Y ciertamente, llama la atención que el organismo logre en estos casos digerir por mucho tiempo cantidades de alimentos á veces tan enormes, que juzgaríamos casi imposible su digestión en el estado normal.

La parorexia (malacia, pica, alotrofagia), depende con más frecuencia aun de perturbaciones nerviosas (histeria, enajenación mental, etc.), sin embargo, en sus primeros grados, se le puede encontrar en varios padecimientos

1 Bouberet. Maladies de l'Estomac—pág. 652.

como en la clorosis, según se dijo, y en otros, como por ejemplo, en el Escorbuto, en que se nota una tendencia marcada por los ácidos (Bouberet), y no cabe duda que estos son muy útiles en esa enfermedad. Nuevas investigaciones sobre este síntoma, es seguro nos darán la explicación de otros muchos antojos ó aparentes aberraciones del apetito. Para terminar lo relativo á ella, recordaré sólo que clínicos de la talla de Dujardin Beaumetz, [1] aconsejan acceder á los deseos de estos enfermos aun cuando se trate de substancias normalmente indigestas ó indigeribles, pues dice que le consta que entonces son perfectamente digeridas. Naturalmente no hay que exagerar esto, pues como varias veces lo he repetido, hay que obedecer el deseo instintivo pero no al capricho de una imaginación más ó menos desarreglada, como sucede en la histeria, locura y padecimientos análogos.

Por último, respecto á la idiosincrasia, sólo recordaré, que es ya bien sabido que hay individuos que tienen profunda repugnancia por determinada substancia ó alimento, y cuando á pesar de esa repugnancia lo toman, se ve que no lo pueden digerir y aun les pueden sobrevenir perturbaciones más ó menos graves. Así Bouchard [2] cita el caso de un individuo que no podía soportar el pescado cocido ya desde la víspera, y habiéndolo sin embargo tomado así una vez, fué atacado de una indigestión de forma grave, y la investigación demostró que la tercera parte de las materias fecales estaba constituída por microbios, y que dichas materias contenían, además, 15 miligramos de alcaloides tóxicos, por kilo, y por último, que la toxicidad de la orina era 50 veces mayor que la de la orina normal. Se ve, pues, que en este caso, aunque no veamos la causa, la repugnancia es justificada. Se ha notado, que por lo común, estos hechos se presentan en personas nerviosas é histéricas, y ciertamente, la imaginación tiene frecuentemente mucho que ver en esto. Así, un individuo con motivo de una indigestión más ó menos seria y la que con razón ó sin ella atribuye á determinado alimento, queda ya sugestionado de que dicho alimento no puede ser digerido por él, y en efecto, si lo toma, gracias á la acción manifiesta que la influencia nerviosa tiene sobre la digestión, puede suceder muy bien que no sea digerido. Generalmente en este caso no hay verdadera repugnancia por ese alimento, y si el individuo se abstiene de él, es porque está convencido de que le hace mal. Pero no siempre esos fenómenos dependen de la imaginación, pues se observan muchos casos en los que los mismos fenómenos se presentan, aunque el paciente haya ingerido el alimento sin saberlo. Es pues, probable, que en estos casos se trate de repugnancias sintomáticas de algún padecimiento inapercibido aún. Así, por ejemplo, en los quistes hidáticos del hígado, los enfermos tienen gran repugnancia por las grasas, y si á pesar de esto las toman, sobrevienen perturbaciones, y acaban por arrojarlas, sea por la saliva, sea por regurgitaciones electivas, es decir, regurgitaciones que en este caso sólo expulsan del estómago las grasas (Dieulafoy). Desde luego se comprende que un paciente de esta enfermedad, diagnósticada ó no, si ingiere la grasa, aun cuando la haya ingerido ignorándolo, le sobrevendrán los fenómenos señalados. Lo mismo sucederá con la carne, en la anaclorhidria, etc. Es muy posible, sin embargo, que aun no estemos en el estado de explicar ya todos los casos de idiosincrasia que puedan presentarse; pero explicadas ó no esas indicaciones del organismo de-

1 Dujardin—Beaumetz—Clinique Thérapeutique—T. I, pág. 482.

2 «Traité de Médecine.»—1892.—Tomo III, pág. 300.

ben ser atendidas; pues una cosa sí está ya bien averiguada, y es, que si á pesar de esa repugnancia se ingiere la substancia, sobrevendrán perturbaciones más ó menos graves. Debo, sin embargo, para terminar, insistir en lo dicho ya varias veces, y es que se deben respetar la indicación instintiva, pero no la imaginativa. Así es que si en un caso se está cierto de que la repugnancia sólo se debe á la sugestión, podremos combatirla por ese mismo medio y administrar entonces, si lo creemos necesario, ese alimento.

Hemos terminado, señores, con la ya larga enumeración de los procesos morbosos. Hemos estudiado el régimen en todas las enfermedades agudas febriles, en todas las de las principales vísceras de la economía, en las afecciones generales y aun en aquellos padecimientos que parecen estar constituídos, casi exclusivamente, por una alteración del apetito. En todas hemos visto que las modernas investigaciones científicas, han venido á justificar las indicaciones del apetito instintivo. Lo numeroso de los hechos y la falta de excepciones, indican suficientemente, á mi modo de ver, que hay algo más que una simple coincidencia; que muy probablemente se trata de una ley, ó cuando menos de una regla muy general, supuesto que como decía, en ninguno de los casos en los cuales se han hecho las investigaciones necesarias, se ha encontrado, que yo sepa, una excepción. El organismo se rige siempre por leyes generales; en el presente caso, creo que se trata de alguna de las que rigen el equilibrio orgánico. En efecto, para mantener este equilibrio, necesita el organismo asimilar constantemente diversas substancias que compensen las pérdidas ocasionadas por el funcionamiento y la desasimilación; pero de estas substancias, unas necesitan ser previamente digeridas para poder ser asimiladas; mientras que las otras no; para las primeras, el organismo posee normalmente las cantidades necesarias de jugos digestivos. Estos jugos, como es bien sabido, son secretados por glándulas especiales, y es cuando éstas se encuentran ya cargadas, que provocan probablemente, por vía refleja, la sensación de hambre ó de la necesidad de los alimentos que las descarguen. En el estado patológico, sea porque el agente patógeno haya alterado ó destruído las glándulas secretoras mismas, sea porque sus toxinas supriman más ó menos su secreción (como según Charrín [1] pasa en las fiebres con la secreción salivar, que una toxina obrando como la atropina produce la sequedad de la boca), ó por cualquiera otro motivo, el hecho es que las secreciones digestivas se hallan frecuentemente, en el estado patológico, disminuídas y aun suprimidas. Se comprende que entonces el reflejo, no siendo provocado, no se produzca, y que el enfermo esté inapetente, y se comprende también que entonces el enfermo no debe tomar alimento porque carece de los jugos necesarios para digerirlo. Sin embargo, si esto explica una parte del fenómeno, no lo explica todo. En efecto, parece que el organismo tiene conciencia, no solamente del estado que guardan sus secreciones digestivas, sino también de las necesidades de su asimilación y de su desasimilación. Pero cualquiera que sea la explicación del fenómeno, el hecho está ahí, y constituye, á mi modo de ver, una verdad ya adquirida y de una grande importancia para la curación de las enfermedades. De los múltiples problemas que el médico tiene que resolver á la cabecera del enfermo, uno de los más importantes y hasta hoy de más difícil resolución era, á no dudar, el establecer el régimen alimenticio conveniente.

Este, como se ve, queda ya bien simplificado, pues el médico no tendrá

1 Charrin.—Défenses Naturelles de l'Organisme.—1898, pág. 117.

ya necesidad de conocer el número de equivalentes de carbono, ázoe, etc., que entran en la composición de cada uno de los alimentos habidos y por haber, ni lo que resulte de su mezcla, para poder calcular por los estudios anteriores cómo será recibido y qué acción ejercerá sobre el organismo sano, y sobre todo, sobre el enfermo de determinado padecimiento, para después, y previo un diagnóstico absolutamente exacto y minucioso, establecer un plan dietético, de acuerdo con la teoría reinante del momento ó con la opinión de algún autor, los que en último resultado pueden ser y frecuentemente resultan falsos. El médico no tendrá ya necesidad de ese conjunto imposible de conocimientos, que como se ve, por grandes que se supongan, no lo ponen á cubierto del error. Le bastará tomar por guía á la naturaleza, y observar bien sus indicaciones para establecer en cada caso el plan dietético más conveniente. Así, por ejemplo, si se le presenta un enfermo con fuerte reacción febril y enteramente inapetente, podrá, aun antes de establecer un diagnóstico preciso y sin necesidad de conocer la composición química, de todos los alimentos, etc., podrá, decía, guiándose sólo por las indicaciones del organismo, establecer el régimen más adecuado.

A pesar de las numerosas pruebas que en este trabajo he citado en apoyo de mi idea, no tengo la pretensión de creer que esta verdad será desde luego aceptada, pues yo bien se, que toda idea nueva, sobre todo, cuando viene á chocar contra convicciones ya arraigadas, es desde luego desechada; pero más tarde, la lenta observación de los hechos viene modificando esas convicciones, y finalmente, la verdad acaba por ser universalmente aceptada. Si por el contrario, esta idea fuese falsa y estuviera yo en un error, espero, Señores, que me disculparán vdes.; si he caído en él, ha sido buscando la verdad para el progreso de la Ciencia Médica y el bienestar de la humanidad.

DR. EDUARDO LAMICQ.

SECCION V.

RECEPTIVIDAD PALUDICA.

INMUNIDAD.—ACCIDENTES PERNICIOSOS.

I

En el plan histológico que el ideoplasma desenvuelve al construir el edificio orgánico animal, bien armonizadas marchan la adecuación á la función y la defensa contra los enemigos exteriores en las agrupaciones citoplásmicas de cada órgano. Acribillado el ectodermo para el alojamiento de las miriadas de glándulas que ejecutan la función excrementicia sudoral, está, sin embargo, no sólo armado de una selva de pelos que repelen y apartan los agentes vulnerantes macroscópicos, sino acorazado por las resistentes é impenetrables células córneas que la defienden de los agentes microscópicos que, saprofitos ó patógenos, deposita en ella el medio ambiente. En el interior, por lo que mira á las superficies de los órganos que están en contacto con ese mismo medio

ambiente—aparato respiratorio y canal alimenticio—no sólo una capa epitelial resistente abriga y defiende á los órganos que reviste, contra la acción mecánica de los cuerpos extraños que sobre ella se deslizan, sino que un conglomerado elástico y diariamente renovable—secreción mucosa—se interpone y duplica la defensa.

Y todavía los órganos topográficamente alejados de estos contactos, se hallan envueltos por una apretada red de elementos fibrosos de alta resistencia que garantizan su impenetrabilidad.

Y si de la constitución histológica pasamos á la función, ¡cuántos admirables recursos, cuán poderosos y oportunos elementos de defensa hallamos en cada célula, en cada órgano, en cada aparato! A esta apropiada construcción histológica y sin dejar la mecánica funcional, se añaden, ya el previsor estado de retracción, que durante el reposo mantiene cerrados los canales, ya el automático movimiento de los párpados que renuevan y distribuyen el barniz ocular; ora la explosiva contracción de los pulmones para arrojar los cuerpos extraños que han logrado alcanzar la laringe, ora los movimientos peristálticos del intestino para expeler el bolo excrementicio..... Pero donde la defensa se extrema es en la función bioquímica de las células. Allí es donde la verdadera, la última y tremenda lucha tiene lugar y á la victoria ó á la derrota del elemento celular, en las afecciones de origen microbiano, sigue la salud ó la enfermedad.

Pero la salud se restablece bajo tres formas: *a*—después de la reparación de las lesiones causadas por los agentes microbianos y quedando el órgano predispuesto á la recidiva ó habiendo adquirido la inmunidad. *b*—Sin haber lesiones que reparar, pero habiendo adquirido la predisposición ó la inmunidad.[1] *c*—Con ó sin lesiones que reparar y sin predisposición á la recidiva ni á la inmunidad, sino expuesto como antes á la infección indiferentemente.

Como ejemplos de la primera, la neumonía, la amigdalitis, etc., dejan predispuesto al individuo á contraerlas de nuevo, quedando una especie de receptividad preferente para el agente microbiano: la fiebre tifoidea, la viruela, la peste bubónica, etc., que dejan al sujeto inmune ó refractario á la acción patogénica del agente. En la segunda (*b*) están las neuralgias, las conjuntivitis, la gripa, etc., por una parte; y por la otra la fiebre amarilla, el sarampión, la escarlatina, etc. En la tercera *(c)* tenemos la enterocolitis, la erisipela, la bronquitis catarral, la acnea, la sarna, la verminosis, el paludismo, etc., etc.

Para dejar probada la verdad de estas premisas, necesario es recordar en qué consiste la predisposición y en qué la inmunidad, y para esto traer á colación algunas nociones de bioquímica celular.

Seremos breves. La ciencia admite hoy por hoy que en el funcionamiento fisiológico de las células de origen mesodérmico, procedentes de los órganos linfoides y de la médula ósea, se producen dos agentes químicos: la *macrocitasa* y la *microcitasa;* que la primera, proporcionada principalmente por el bazo, los leucocitos, las células endoteliales, etc., obra como fijadora del parásito, mientras la segunda ó *microcitasa* obraría como citolísica ó desorganizadora de las bacterias; y sería producida por los mielocitos. Que una vez en el territorio orgánico el agente patógeno estimularía la función bactericí-

1 Bajo esta denominación comprendo solamente la indemnidad que en lo sucesivo adquiere el organismo para no ser perturbado en sus funciones con la presencia del agente que la ha conferido ó creado: no la *impenetrabilidad* por este agente.

da de las células fagocíticas, y esta función quedaría á perpetuidad fija por el reiterado ejercicio que toda lucha implica; pero siempre que saliera vencedor [1] el elemento fagocítico. Y en este caso quedaría establecida una nueva propiedad del exoplasma que será inmunizante y consistiría en la formación de la antitoxina.

Mas para la conservación de esta antitoxina, ó mejor dicho, de la función inmunizante de las células fagocitarias se necesitaría la presencia, cuando menos frecuente, de un estímulo procedente del elemento patógeno. Este elemento ¿procederá del medio ambiente que está en contacto con el sujeto...? ¿quedará latente en el organismo del inmune por toda la vida...?

Ambos supuestos podrían tener lugar, y así se explicaría la inmunidad por toda la vida de los que habitan un lugar donde es endémica la fiebre amarilla, el tifo, etc.; inmunidad que suele perderse con el alejamiento por años de estos lugares; ó bien, en el segundo supuesto llevando consigo el estímulo funcional inmunizante ya por herencia (cáncer) ya por imposición (viruela).

Tres serían pues las condiciones necesarias para adquirir la inmunidad: 1ª Presencia del estímulo—bacteria patógena ó su toxina (suero preventivo)—para engendrar la función celular inmunizante. 2ª Lucha y victoria del organismo por sí solo, terminando con la destrucción de la bacteria patógena y su toxina. 3ª Duración de esa lucha por determinado tiempo.

Sentados estos precedentes, podemos decir que la inmunidad, tal como la concibieron los biologistas antes de Pfeiffer, y en el sentido de la refracción al agente morboso, no puede actualmente admitirse. La inmunidad absoluta no existe.

Y de lo expuesto se deduce que la receptividad es una ley biológica impuesta á todo organismo animal, tratándose de enfermedades de origen parasitario. Es el lazo que fija y sostiene en el proceso de la vida la tributación mutua entre los grandes y los pequeños organismos.

II

Contrayéndonos al enunciado de este artículo, la receptividad palúdica, en mi concepto, existe para todos aquellos que viven en lugares donde existen anofelos y hay enfermos de paludismo.

Y no se necesita para probar la verdad de mi aserto de argumentación alguna: basta recordar la manera con que el plasmodio se trasmite del hombre al mosquito y del mosquito al hombre; lo poderoso del estilete inyector (hipo-faringe) del mosquito, para convencerse de que sólo por artificio puede el hombre escapar á la infección palúdica, dadas las condiciones señaladas en el párrafo anterior.

III

¿Existe la inmunidad palúdica para el hombre?

Esta cuestión puede plantearse bajo dos puntos de vista: bajo el de la inmunidad adquirida y bajo el de la hereditaria.

1 No se necesita mucho esfuerzo para comprender la razón fisiológica de este hecho: toda función que al iniciarse se ve obstaculizada ó impedida, concluye por desaparecer.

Ateniéndonos estrictamente á las condiciones que hemos fijado, la inmunidad contra el paludismo solamente podría existir si el organismo humano sólo, sin el auxilio del agente germicida *quinina*, triunfara del plasmodio destruyéndolo por medio de sus antitoxinas.[1] Y aunque las observaciones de algunos médicos parecen pronunciarse por la afirmativa, la experimentación directa prueba todo lo contrario.

Detengámonos un momento para examinar unas y otras.

Los médicos que se pronuncian por la afirmativa aseguran que basta alejarse del foco del paludismo, cambiar la habitación á lugares más altos—mil y más metros sobre el nivel del mar—para que la intoxicación palúdica se extinga por sí sola, en cuyo caso, cumpliéndose la segunda condición de mi aserto, la inmunidad quedaría establecida; ó que una vez saturado el organismo de quinina, basta librarse de nueva infección para que el impaludismo se extinga y no vuelva á presentarse.[2]

Para probar científicamente el error en que incurren estos observadores, sería necesario haber aislado la toxina, conocer su exponente químico, para probar con el análisis de la sangre la persistencia de dicha toxina. En cambio, los que se pronuncian por la curación espontánea ó artificial presentan hechos mal interpretados pero de buena fe aceptados. Individuos que curan espontáneamente pasando de Veracruz á México, de Colima á Guadalajara, entre nosotros; que vuelven de las colonias de Africa á las ciudades de alta situación en España, Francia ó Alemania. Y más todavía; presentan las observaciones de individuos que han curado de un primer ataque de paludismo, en.... los pantanos de Italia, v. gr.; y que sin dejar esos sitios viven inmunes. Negros, por fin, del Congo, que jamás habrían sufrido un ataque de paludismo viviendo en lugares malarígenos para los europeos.

En todo esto no hay más que un error de apreciación en unos, falsedad de los informes que han recibido, en otros; y en muchos errónea interpretación de los hechos.

Paso á demostrarlo. El estudio biológico que se ha hecho del *plasmodium malariæ* prueba que este huésped del hombre, no hallando apropiado para su evolución el medio sangre humana, sufre allí la extinción de su especie;[3] extinción á que ayudan las desfavorables condiciones de altitud (¿presión atmosférica?) y de baja temperatura. Hay pues en estos casos, no una victoria del organismo invadido, sino extinción natural del invasor por hallarse en un medio inadecuado. (Recuérdese la segunda condición señalada para la inmunidad).

En otras circunstancias el individuo que se substrae á las reinfecciones, nada prueba en favor de la inmunidad, y más bien la niega. Y respecto á los indígenas inmunes.... por mi parte ya se yo la fe que merecen sus afirmaciones.[4]

1 Véase el núm. 8 del Tomo VI de la «Crónica Médica Mexicana,» donde expuse mis ideas sobre toxinas palúdicas.

2 ¡Claro está! Pero esto sólo demuestra la curabilidad del mal.

3 El plasmodium es un parásito del mosquito y en él solamente alcanza el desarrollo completo de su ciclo por generación.

4 Hace siete años vine á hacerme cargo de la Delegación de Sanidad en este puerto, y oía con frecuencia protestar contra mi diagnóstico de impaludismo á los nativos de la costa, quienes se rehusaban abiertamente á tomar quinina, y se me mostraban más tarde curados sin tal medicamento. Hace tres años que el microscopio viene desmintiéndome esas pretendidas inmunidades.

Por un conocido provincialismo nuestro, tenemos el vicio de negar los hechos que en desdoro ó mala fama de nuestro país se nos señalan; de tal modo que á ser posible negaríamos que en México nos enfermamos y hasta nos morimos. ¡Cuánto trabajo no costó convencer al pueblo de Mazatlán, en la pasada epidemia de peste, que tal enfermedad existiera allí! ¿Y no vemos á diario los médicos cómo se *indignan* las familias cuando declaramos que uno de sus miembros padece sífilis ó tuberculosis, á tal grado que nos miramos muy mucho para declarar el origen hereditario...!

Aquellos pueblos, el Congo como México, están formados por seres humanos que tienen idénticas pasiones: y por mi parte, mientras la ciencia no haya recogido mejores datos que la afirmación de médicos exploradores, con talento pero sin microscopio, basados en interrogatorios, pero no en inoculaciones negativas, seguiré creyendo lo que en mi práctica sobre más de 3,000 exámenes de sangre impaludada he visto: *que la receptividad palúdica es un hecho positivo para la raza humana y que la inmunidad no existe para el paludismo.*

Por lo demás, no existiendo la inmunidad palúdica adquirida, es inútil hablar de la hereditaria.

Manzanillo, Marzo de 1905.

DR. J. F. ROMERO.

(Continuará).

SECCION XVII.

TERAPEUTICA

KOLA, COCA Y FOSFATOS DE CEREALES

POR EL

DR. AGUSTIN M. FERNANDEZ IBARRA,

RESIDENTE EN LA CIUDAD DE NUEVA YORK.

Miembro corresponsal de la Real Academia de Medicina y Cirugía, de Barcelona; de la Academia Médico-Quirúrgica Española, de Madrid; del Círculo Médico Argentino, de Buenos Aires, y de la Sociedad de Estudios Clínicos de la Habana; Biógrafo Médico de Cristóbal Colón; ex-Cirujano del Ejército de los Estados Unidos; Subsecretario General Ejecutivo del Primer Congreso Médico Pan-Americano; Vicepresidente y Secretario General para todos los países hispano-americanos en el próximo Congreso Internacional Americano contra la tuberculosis, etc.

Las excelentes propiedades terapéuticas de la nuez de Kola son bien conocidas de la profesión médica; pero á consecuencia del abuso que se ha hecho del nombre de esta importante droga, el mercado se encuentra hoy en día lleno de preparaciones poco científicas que llevan el nombre de KOLA, puestas á la venta con el mero objeto de que se popularicen entre el público laico, y que se vendan bien, sin que el médico las recete ni tenga siquiera conocimiento de ellas.

La mayor parte de esos preparados no contienen Kola alguna, y la que otros tienen es inerte. El país de donde se importa la Kola, el especial terreno de ese país en que se le cultiva, la edad de la planta, la estación del año en que se la recoja y guarde para la exportación, y, por último, la manera de envasarla, contribuyen en gran manera á que se modifiquen las virtudes tera-

péuticas de la Kola, que es lo que igualmente resulta con todos los productos medicinales pertenecientes al reino vegetal.

Teniendo presente que el considerable tanto por ciento de cafeína que la verdadera nuez de Kola, procedente del Africa Occidental contiene, es á lo que se debe su efecto estimulante en el corazón, los centros nerviosos y todo dicho sistema en general, he usado la Kola en combinación con la Coca y los Fosfatos de cereales, en la proporción de 2 gramos de la primera, 45 centigramos de la segunda y 32 centigramos de los terceros por cada 30 gramos del preparado. A esta utilísima combinación he agregado 20 centigramos de Quina Calisaya y 6 centigramos de Nuez vómica, como tónicos.

La dosis de este preparado, en la forma de un cordial de gusto muy agradable, es de 2 cucharadas 3 ó 4 veces al día.

Los resultados que se obtienen con esta combinación son excelentes, puesto que en ella *la Kola da vigor al organismo, y la Coca, la Quina, la Nuez vómica y Fosfatos de cereales lo conservan fuerte, robusto y vigoroso.*

Pero este cordial tiene además otra ventaja, y es que los fosfatos, que tanto ayudan la asimilación de los alimentos, y son esenciales para la formación y restauración de los huesos, la sangre y los nervios, parece que contienen ó retardan la reacción que debiera seguir al aumento del funcionamiento cardiaco, producido por la Kola. La acción estimulante del cordial en sí queda también de ese modo neutralizada, haciendo que este agradable remedio no produzca efecto retroactivo alguno: sostiene y vigoriza, pues, todo el organismo, sin producir depresión secundaria.

Los constituyentes fosforados del sistema nervioso disminuyen y se eliminan pasando á la orina, donde se les encuentra en gran cantidad en la forma de fosfatos cada vez que se efectúa una gran labor mental. Esta pérdida importante hay que recuperarla con prontitud á fin de mantener el indispensable equilibrio de nuestro organismo. Lo mismo puede decirse que resulta después de un activo esfuerzo muscular. En ambos casos los fosfatos de cereales vienen muy á tiempo para volver á colocar toda nuestra economía en su estado normal.

Los fosfatos que se eliminan por la orina, aumentan durante todas las fiebres, y, como regla general, tanto los sulfatos como los fosfatos aumentan ó disminuyen al mismo tiempo, con lo cual parece quedar demostrado que ambos productos eliminativos tienen su origen en la metamórfosis retrogresiva de los protéideos.

En las enfermedades agudas del sistema nervioso, de carácter inflamatorio, también se aumenta la cantidad de fosfatos que se eliminan por la orina.

De igual modo se aumenta la pérdida de dichos fosfatos en la atrofia aguda del hígado (Bouchard), en la diabetes (Lecorché), en los primeros períodos de la tisis pulmonar, en el reumatismo crónico, en la leucemia y en el raquitismo.

La pérdida de compuestos fosforados procedentes del sistema nervioso en todas estas afecciones y condiciones anormales de nuestro organismo, demuestra de un modo concluyente las razones que existen para reemplazarla por medio de fosfatos de cereales en combinación con la Kola y la Coca. El gran valor práctico de esta unión queda reforzado con la adición de la Quina y la Nuez vómica, que hacen que este cordial sea un tónico estimulante de todo el sistema á la vez que un poderoso reconstituyente.

Por indicación mía, la emprendedora y respetable casa de preparaciones

farmacéuticas *The Palisade Manufacturing Company*, de Yonkers, en el Estado de Nueva York, hace tiempo viene ofreciendo *exclusivamente á la profesión médica*, un cordial científicamente preparado, según la fórmula que yo les indiqué, y al cual han dado el nombre de Kola Cardinette.

Creo conveniente agregar ahora algunas palabras respecto de la naturaleza botánica, la composición químico-orgánica y la acción fisiológica de las drogas que entran en la composición del cordial Kola Cardinette, con el objeto de que se comprendan más fácilmente las propiedades terapéuticas de este vino alimenticio, de rico aroma y gusto sumamente agradable, que da fuerza, vigor y lozanía, *sin producir depresión subsecuente*. Esta virtud, sobre todo, lo hacen en extremo aceptable porque no ofrece peligro de ninguna clase.

La nuez procedente de Africa que allí se conoce con los distintos nombres de *Kola, gouroú, ombiné, nangoné, kokkorokou, gonja, makassó, bichy*, etc., pertenece á varias especies de esterculiaceas y es usada por los indígenas como un masticatorio estimulante, con el mismo objeto que nosotros usamos el café y el te, y los indígenas de la América del Sur usan la coca, el mate y la guarana.

El aspecto general de la planta se asemeja mucho al del castaño. Su altura varía de 30 hasta 60 pies, con un tronco recto, cilíndrico, y una corteza de color parduzco; las ramas están muy juntas, son lisas, lustrosas, colgantes casi hasta tocar el suelo; las hojas son ovales, acuminadas, alternas, peticladas, de 7 á 8 centímetros de ancho por 12 á 20 de largo; las flores, que nacen dos veces al año, en Junio y Noviembre, son numerosas, regulares, sin pétalos, hermafroditas, formando grupos paniculados, y tienen un color amarillo claro y un suave olor de vainilla; los ovarios poseen 5 lóbulos y 5 celdillas, tienden á agruparse, teniendo cada uno de ellos un delgado estigma, pero sin estilo; el fruto, que adquiere un color amarillo obscuro cuando está maduro, se compone generalmente de dos, y algunas veces más, vainas ó folículos separados, pero siempre menos que los de las celdillas del ovario, y cada uno de ellos es sésile, oblongo, semi-leñoso, de 8 á 16 centímetros de largo y de 6 á 7 de ancho, se abren por la parte interior y contienen de 5 á 10 semillas oblongas, subtetragonales, de un color blanco amarillento, con la cáscara un tanto amoratada y cartilaginosa y un peso que varía desde 75 gramos hasta 1 onza.

El suelo natal ó *habitat* natural de la *Kola accuminata (Sterculia accuminata*, Palisot-Beauvois), que es el genuino árbol terapéutico, se encuentra en la costa occidental de Africa, entre los grados 10° de latitud Norte y 5° de latitud Sur, á no mayor distancia de la costa que 500 millas. Hoy en día se le cultiva en algunas de las Antillas, principalmente en Jamaica, en el Sur del Africa, en Sidney, Ceilán, Calcuta, Cochinchina, la isla de Mauricio, Gabón, etc., para su buen desarrollo requiere un terreno húmedo, caliente, que no esté muy alejado de la costa y cuya elevación no pase de 1,500 pies sobre el nivel del mar. Principia á dar fruto á los 4 años de sembrada, y á los 10 años es cuando se encuentra en su período más fructífero. Se hacen dos cosechas al año, produciendo cada árbol como término medio 120 libras de nueces al año, y siendo las semillas la única parte que hasta ahora se ha empleado en medicina. Los franceses la llaman «*café du Soudan.*»

El célebre botánico Palisot-Beauvois, el Dr. W. F. Daniell, Mr. Thomas Christy en su obra titulada «*New Commercial Plants and Drugs*» (publicada en Londres en 1885), Heckel y Schlagdenhauffen, los profesores Dujardin-Beau-

metz y Germain Sée, Monsieur G. Le Bon, y particularmente el Dr. Bernhard Schuchardt en su ricamente inagotable obra titulada «*Die Kola Nuss in ihrer commerciellen, kulturgeschichtlichen und medicinischer Bedeutung*» (publicada en 1892), así como también F. Flückiger en su «*History of Kola*» (1894), hacen una relación sumamente interesante, desde los puntos de vista histórico y científico, de la nuez de Kola y sus usos terapéuticos; y yo recomiendo al lector que acuda á esas fuentes dignas de confianza, si es que quiere informarse detalladamente del asunto, con particularidad hoy en día que tanto se ha escrito, y continúa aún escribiéndose, sobre la nuez de Kola que es absolutamente de ningún valor.

Respecto de la composición químico-orgánica de la nuez de Kola, diré que tanto los profesores Daniell y Attfield, en Inglaterra, como Heckel y Schlagdenhauffen, en Francia, y Schuchardt y Flückiger, en Alemania, han hecho estudios muy concienzudos; pero sin embargo el resultado de sus análisis no está completamente de acuerdo. Esto lo atribuyo yo, como antes dije, á la diferencia en la procedencia de la nuez de Kola que ellos distintamente analizaron, la naturaleza del terreno en que se le cultivó, la edad de la planta, la manera en que fueron envasadas las nueces para su exportación, y, por último, el tiempo transcurrido desde que se recogieron en el campo en que se las cultivó. He hecho un término medio del resultado de los análisis antedichos, el cual es el siguiente: Almidón (que es muy semejante en su naturaleza al almidón de la patata) constituye el 33.75 por ciento de la semilla de la Kola; cafeína, 2.35 por ciento; kolanina, 1.29; teobromina, 0.023; tanino, 1.60; goma, 3.04; glucosa, 2.87; materias colorantes, 2.56; agua, 11.92 y el resto, substancias grasosas, sales, cuerpos protéideos, celulosa y ceniza.

Comparada con el café, el cacao y el te, la semilla de la nuez de Kola es la que en mayor abundancia contiene cuerpos protéideos é hidrocarbonos; en substancias grasosas, el cacao ocupa el primer puesto, pero la semilla de la nuez de Kola es la más rica en cafeína y, por consiguiente, terapéuticamente considerada, es sin duda alguna superior á los otros productos vegetales similares.

Haciendo caso omiso del exagerado aprecio, y hasta fervor religioso, con que ciertas tribus de indígenas del Africa miran á la nuez de Kola por sus muchas virtudes terapéuticas, lo cierto é indiscutible es que la gran cantidad de cafeína que ella contiene, la coloca en la categoría de un *excelente estimulante del sistema cerebro-espinal*. Küss y Mathias Duval dicen que los productos vegetales que contienen gran cantidad de cafeína ayudan la transformación del calórico en fuerza motora, y este es, en realidad, uno de los principales efectos farmaco-dinámicos de la nuez de Kola.

La acción fisiológica que ella produce en el torrente circulatorio, es parecida á la producida por la digital, esto es, aumenta la energía de las contracciones del corazón y disminuye al mismo tiempo su número, regularizando de ese modo el pulso, ó dicho en pocas palabras, *es un verdadero tónico cardiaco*. Esta importante propiedad de la Kola ha sido experimentalmente confirmada por Gubler, Braker-Widge, Lépine, Huchard, Dujardin-Beaumetz, etc. Leven y Mounet inyectaron en la vena femoral de un perro 10 centímetros cúbicos de una infusión de 20 gramos de semilla de nuez de Kola en 20 gramos de agua, y obtuvieron pruebas evidentes con el esfigmógrafo del aumento de la presión vascular.

Sus efectos *diuréticos* son muy marcados, y esto se comprende fácilmente, recordando el aumento que produce en la acción cardiaca.

Su sabor amargo, aromático y un tanto astringente, hace que la semilla de la nuez de Kola, masticada, sea *un buen carminativo y un tónico del estómago*, de mucha utilidad en la anorexia y en la dispepsia atónica.

Debido á sus constituyentes grasos, su gran cantidad de almidón y su glucosa, la nuez de Kola es *un reconstituyente nutritivo;* pero no hasta el extremo que debiera serlo, y esa es una de las razones que he tenido para asociarla con la Coca y los fosfatos de cereales.

Su *propiedad afrodisiaca* se atribuye á un glucósido peculiar denominado «kolanina.» Su efecto estimulante en los centros nerviosos es muy marcado.

¿Qué diré ahora de la Coca, de ese *haschisch* de los peruanos? Poco, solamente lo suficiente para que se aprecie su utilidad en la incorporación del cordial que lleva el nombre de Kola Cardinette.

El *Erythoxylum coca* es un pequeño árbol originario del Perú, que también se cultiva hoy en día en otros países de la América del Sur. Sus hojas, que es la parte de la planta que se usa, son verdes, lanceoladas, de un olor aromático especial. Contienen el alcaloide cristalizable *cocaína*, incoloro, inodoro, soluble en agua y en alcohol; cristaliza en grandes prismas, tiene un sabor ligeramente amargo y su reacción es fuertemente alcalina. Se funde á los 98° C., sin volatilizarse.

Estas hojas son usadas desde tiempo inmemorial como un masticatorio para aplacar la sensación de hambre, por los indígenas del Perú, Bolivia, Ecuador, etc. Como el mate en Paraguay y la República Argentina, también se toma en infusión.

Su acción fisiológica principal es *detener la desnutrición del organismo*. En mi opinión, esto se lleva á cabo por la anestesia ó adormecimiento del plexo solar y sus ramificaciones principales, paralizando hasta cierto punto de esa manera el movimiento peristáltico del tubo digestivo. Así es como me explico yo el aplacamiento de la sensación de hambre.

Los fosfatos se hayan distribuídos en gran cantidad en el organismo humano. El fosfato de hierro se le encuentra con especialidad en la sangre, la linfa y la leche; el fosfato de sodio en el elemento plasmático de esos líquidos; el fosfato de potasio, en el tejido nervioso; el de magnesio, en el tejido muscular; y el de calcio en los huesos. La sangre contiene además del fosfato de hierro, todos los otros cuatro.

Los fosfatos de cereales son substancias alimenticias necesarias, y á tal extremo, que los alimentos que no los contienen no dan buena nutrición á la economía. Si á un animal cualquiera se le somete á un régimen alimenticio completamente desprovisto de fosfatos, pronto enflaquece y muere con todos los signos de inanición. Hasta una planta que se siembre en un terreno desprovisto de fosfatos, no producirá semillas.

Hensing descubrió en 1715 el fósforo en el cerebro, y este fué ciertamente el primer paso de avance que se dió en nuestro conocimiento actual de la utilidad de los compuestos fosforados en el alimento.

El Dr. Paquelín, de París, en su obra titulada «*Estudios Biológicos*,» ha demostrado que nuestra actividad nutritiva, muscular é intelectual—que son las tres manifestaciones del hombre vivo—está en relación directa con la cantidad de fosfatos acumulados en nuestro organismo. Cuando este equilibrio se altera, debido á alguna enfermedad ó condición morbosa, tenemos que reem-

plazar de alguna manera la deficiencia de fosfatos, y con este objeto no hay mejor provisión de donde sacarlos, no sólo por su cantidad sino también por su calidad, que los cereales.

Puesto que todos los seres vivientes, tanto los que pertenecen al reino animal como los del reino vegetal, no pueden producir materia nueva ó crear fuerza distinta, de conformidad con la gran ley natural de la conservación de la fuerza y la materia, las plantas y los animales únicamente se apropian y asimilan material ya existente, al cual transforman en nuevas variedades de la misma vitalidad. Los alimentos ricos en fosfatos tienen la propiedad de aumentar la actividad de las funciones orgánicas, y por lo tanto, sirven como estimulante de la economía. Los fosfatos de cereales extraídos de esos alimentos y combinados con la nuez de Kola, la Coca, la Quina y la Estricnina, en la forma de un cordial de gusto delicioso y rico aroma vinoso, como incuestionablemente lo es la Kola Cardinette, constituyen un reconstituyente poderoso de acción estimulante, sin peligro alguno de depresión subsecuente.

Dujardín-Beaumetz llamó á la Kola «*aliment d'épargne*,» y Mantegazza la nombró «*aliment nerveux*.» Los fosfatos de cereales tienen la indudable propiedad de mejorar grandemente la nutrición de todo el sistema nervioso cerebro-espinal, á los cuales la Kola y la Coca prestan un poderoso refuerzo, y su combinación científica en la forma de un agradable cordial sirve de admirable remedio en todas las afecciones nerviosas de naturaleza debilitante.

Este aromático reconstituyente es tambien de un valor inestimable como tónico de todo el sistema gastro-intestinal en los casos de dispepsia atónica, acompañada de pérdida del apetito.

En la neurosis de los órganos respiratorios, como por ejemplo en el asma espasmódica, la tos ferina, etc., la Kola Cardinete produce un alivio notable, estimulando los nervios que dominan el centro respiratorio.

Este agradable cordial es de una utilidad incalculable para las personas ancianas que con frecuencia necesitan un estimulante suave é inofensivo, que haga funcionar su corazón con una poca de más energía, que promueva la circulación de su sangre y vitalice su debilitado sistema nervioso, al mismo tiempo que ayude á la digestión lenta y penosa y á la asimilación del alimento que toman.

314 Second Avenue, New York City.

GRIPA.—INICIACION BENIGNA Y RESULTADOS FATALES.

TRATAMIENTO.

Hecho indiscutible para todos los habitantes de esta gran metrópoli sin excepción, es que en la actualidad nos encontramos bajo el azote de una epidemia de «Influenza» ó «Gripa» que, según cálculos aproximados, ha sorprendido á casi la tercera ó cuarta parte de los moradores de nuestra Capital. Por fortuna, en la generalidad de los casos la infección gripal aunque, revistiendo varias formas, ha sido benigna y su desenlace feliz y sin resultados ulteriores enojosos. Una calentura inicial, más ó menos elevada, un estado catarral de tales ó cuales mucosas, el malestar consiguiente á esta enfermedad y en seguida la convalecencia, un poco lenta y penosa que caracteriza á la gripa, y nada más.

Pero al lado de estos casos que constituyen por fortuna la mayoría, ha

habido otros en que, sin duda, por el terreno en quo se ha desarrollado el mal, es decir, por condiciones desfavorables individuales, la marcha y terminación de este proceso no ha sido tan favorable, sino que han surgido complicaciones de importancia, comprometiendo seriamente la salud y la vida del paciente y á menudo originando su fallecimiento.

En la prensa médica del mundo entero, pero principalmente en la de Francia, vemos que esta constitución médica especial no existe solamente en nuestro país, sino que por condiciones telúricas especiales, se ha extendido ampliamente y cubre una zona extensa sobre nuestro planeta.

Por eso juzgamos oportuno transmitir algunas ideas de nuestro antiguo conocido, el Dr. A. Salivás, en que compara los diversos tratamientos empleados para aquilatar así su valor relativo.

En breves líneas y sin entrar en detalles, hace el autor la siguiente reseña, que sintetiza las ideas terapéuticas de cada país y en las cuales se nota esa falta de unidad que tanto hemos lamentado siempre, y que es sin duda el corolario obligado de la falta de uniformidad en el concepto etiológico y en los principios fundamentales de la Terapéutica.

En América, en los Estados Unidos, en la forma indeterminada de la enfermedad, se recurre á la antipirina y al acónito para combatir la fiebre, á la pilocarpina para favorecer la diaforesis; á la morfina contra el dolor y al polvo de Dower como diurético; y por último, á la estricnina y la quinina como tónicos. En la forma intestinal, á las sales de bismuto. En las formas pulmonares se emplean los balsámicos y los antisépticos, como el guayacol, con los tónicos generales y los del corazón, como la estricnina, la digitalina y la estrofantina.

En Inglaterra se recurre sobre todo á los antiguos agentes terapéuticos, como el salicilato de sosa, la antipirina y la quinina.

En Alemania predominan en este tratamiento los diaforéticos, como los amoniacales y el alcanfor; los estimulantes generales, como el ácido benzóico; los calmantes, como la morfina; los astringentes, como el tanino ó los catárticos suaves, según el caso; y por último, los antitérmicos como la antipirina y las aplicaciones de agua fría.

En Francia, según el mismo Dr. Salivás, se da la preferencia á los balsámicos, á la quinina y á la antipirina, como medicamentos dominantes.

En México es difícil sintetizar la terapéutica más aceptada, pero creemos no engañarnos si afirmamos que la quinina, los medicamentos antitérmicos y analgésicos, como la antipirina y la fenalgina y la antikamnia, asociados á los tónicos generales y cardiacos, son los agentes empleados en el tratamiento de la gripa en sus variadas formas clínicas.

El autor que desde hace años viene haciendo la defensa, siempre tranquila y razonada en verdad, de la alcaloidoterapia dosimétrica, por la evidente precisión con que se alcanzan los resultados que se buscan, recomienda un tratamiento para la Influenza que tiene la ventaja indiscutible de tener cierta invariabilidad en la dominante ó base fundamental del tratamiento, aunque naturalmente las variantes sean eventuales y adaptables á cada caso particular, á cada paciente, á cada forma de la enfermedad.

Siendo con evidencia *microbiana* la naturaleza de la Gripa, en todos los casos de esta afección debe procurarse la destrucción del bacilo de Pfeiffer, siendo para ello el medicamento más apropiado, como antiséptico interno inofensivo y de gran valor, el sulfuro de calcium ó *Sulfhidral.*

Para combatir la calentura, preconiza la conocida Asociación defervescente y el arseniato ó el hidroferrocianato de quinina, aplicándose con evidente justificación el arseniato ó sulfato de estricnina contra la postración de las fuerzas ó adinamia, tan característica de esta infección.

Vienen en seguida como variantes: el sedlitz Chanteaud para el estado saburral de las vías digestivas; la aconitina y la cafeina para la cefalalgia; el yodoformo y la codeina para la tos y el estado catarral de las vías respiratorias; y, en una palabra, los medicamentos apropiados para la predominancia de tal ó cual síntoma ó complicación en cada paciente.

Para las complicaciones pulmonares aconseja asimismo las ventosas y el empleo de sinapismos ó algún otro revulsivo.

A propósito de los casos graves de Influenza ocurridos en la epidemia actual, cita uno el Dr. Salivás, atacando á un individuo de 35 años, pleurético, con extensas adherencias del lado izquierdo y tuberculoso, pero marchando desde hacía tiempo por un camino de franca y rápida mejoría. Sus pulmones no presentaban lesión alguna en los momentos en que fué atacado por la Influenza, cuyos síntomas fueron de tal manera benignos, que juzgó inútil la asistencia médica y se limitó á tomar algunos sellos de quinina, pues la tos era insignificante y la temperatura no era elevada; era la normal en la mañana y apenas subía á 37°4 en las noches.

El 22 de Enero último la temperatura se elevó á 39 y así se mantuvo hasta el 25, casi sin remisión alguna, teniendo ese día el paciente una abundante expectoración de pus fétido. Tratábase sin duda de una vómica originada por la apertura en los bronquios de una pleuresía interlobular, enquistada, que la auscultación no había revelado. Desde ese instante el enfermo fué agravándose, hasta morir el 31 del mismo, agotado por completo.

El Dr. Salivás, en presencia de este caso fatal, se pregunta si la oportuna administración del sulfuro de calcium en alta dosis desde el comienzo de la afección, hubiera podido evitar la marcha funesta de ella.

Casi siempre de acuerdo con las apreciaciones del distinguido terapeuta parisiense, hoy sin embargo manifestamos que es á nuestro juicio poco fundado el escrúpulo que le asalta. El sulfuro de calcium químicamente puro ó sulfhidral, es evidentemente un antiséptico interno de primer orden y de su empleo oportuno se obtienen ventajas indiscutibles, pero en el caso mencionado es de suponer que su influencia benéfica se hubiese estrellado ante la existencia previa de un absceso enquistado y cuya explosión sólo esperaba una circunstancia favorable para ocurrir.

Nosotros empleamos en lo general la medicación preconizada por el Dr. Salivás por juzgarla superior á las generalmente admitidas, pero tambien hemos lamentado algunos fracasos, que en manera alguna deben atribuirse á ella, que no puede modificar en brevísimo espacio de tiempo, las condiciones desfavorables del terreno en que se desarrolla la infección.

Dos casos se han presentado á nuestra observación en los últimos días en que la influenza ha venido á determinar gravísimos accidentes, en individuos que por desgracia hallábanse en precarias condiciones fisiológicas.

Refiérese el primero á una señora de cuarenta y tantos años, tuberculosa y agotada por una vida fatigante de una perpetua y dura labor impropia de su sexo. Esta señora se vió atacada de la gripa, á la cual sólo atendió cuando la calentura alta y persistente la hizo guardar cama. Estallaron en ella complicaciones pulmonares y en el curso de estas apareció una meningitis, contra la cual

fueron inútiles todos los recursos empleados y que la hizo sucumbir en breve plazo.

Refiérese el segundo á una niña de 7 años, en que apareció la gripa con la forma intestinal; en quien después surgieron también accidentes meníngeos y en la cual han aparecido síntomas que acusan la granulia.

En ambos casos con toda energía y perseverancia se ha seguido el tratamiento que pudiéramos llamar «clásico,» y sin embargo no ha sido posible conjurar los peligros inherentes á su constitución orgánica deteriorada.

Esto no obsta para que calurosamente recomendemos ese tratamiento antiséptico y alcalóidico tan poderoso y tan justificado, como la medicación que encierra sin disputa mayores y más halagadoras promesas de triunfo contra la infección gripal.

Dr. E. L. Abogado.

LA CUESTION DEL TRATAMIENTO DE LA FIEBRE AMARILLA EN MERIDA, YUCATAN.

De una carta últimamente recibida de nuestro amigo el Sr. Dr. Sáenz de Santa María, de Mérida, en que nos participa no haber habido nuevos casos de fiebre amarilla en aquella capital, pero en la cual se ocupa todavía de las opiniones que circulan en la actualidad en el mundo médico sobre el tratamiento de esa terrible enfermedad, tomamos los datos siguientes, que juzgamos útil transmitir á nuestros lectores.

Del relato hecho en «La Chronique Médicale» de París, por el Dr. Henri Fauvel de su viaje al Brazil, toma las líneas siguientes: «L'Institut Pasteur de Saint Paul, fondé par Mr. le Dr. Bettencourt-Rodríguez, prépare à la fois le sérum antipesteux et le sérum antivenimeux, lequel n'a aucun rapport avec celui de Calmette, absolument impuissant et inefficace à l'endroit des espèces qui pullulent, même en pleines villes, au Brézil, et sement la terreur (Ourutu, Jaracara à sonnette).»

El suero antiofidiano propuesto por el Dr. Bettencourt-Rodríguez, ha sido sin embargo aplicado al tratamiento de la fiebre amarilla, en virtud del principio establecido por Roux en el Congreso de Budapesth, sobre los sueros antitóxicos con estas palabras: «Puisque ces sérums préventifs agissent comme des estimulants cellulaires, on comprend que le sérum d'un animal vacciné contre une maladie puisse être efficace contre une autre.» Y confirmando lo anterior ha dicho también Calmette: «Le sérum des animaux immunisés contre certains virus ou certains poisons, peut devenir capable de donner l'immunité contred' autres virus ou d'autres poisons.» El Dr. Santa María atribuye á la verdad de estos principios el resultado favorable obtenido en Mérida con la aplicación del suero de Calmette y no con el de Bettencourt-Rodríguez, que no se tiene y no ha sido ensayado aún.

Nuestro apreciable compañero desea que estos principios y estos fundamentos del nuevo tratamiento seroterápico sean bastante conocidos por todos los médicos que ejercen en las localidades afligidas por el terrible azote de nuestras costas, para que los ensayos clínicos se multipliquen y sea entonces posible sacar conclusiones definitivas sobre el verdadero valor terapéutico de esta medicación.

Cumplimos pues la indicación del Dr. Santa María, de mantener con estos ligeros apuntes viva la atención del Cuerpo Médico sobre ese punto, intere-

santísimo en verdad, de terapéutica científica, pero esperamos á la vez se nos remitan de aquella localidad todos los datos que se recojan para ayudar al esclarecimiento de la cuestión.

DR. E. L. ABOGADO.

UNA PREPARACION FARMACEUTICA NACIONAL. EL ELIXIR ANTIVIPERINO.

Por atenta carta particular de nuestro apreciable amigo y compañero el Sr. Dr. D. José M. Rosas, de Teapa, Tabasco, hemos sabido que desde el año de 1889, esdecir, hace ya unos 16 años, ha estado ensayando un elixir denominado «Elixir Antiviperino,» con el objeto de combatir los graves accidentes que origina el piquete de insectos ó la mordedura de los reptiles venenosos tan abundantes en nuestros Estados del Sur y costas.

Una práctica tan dilatada y los resultados clínicos obtenidos por él siempre favorables, más positivos y constantes que los alcanzados con el suero del Dr. Calmette, le han hecho tener el justificado deseo de hacer conocer su preparación entre los médicos todos en general, pero principalmente entre aquellos que por residir en regiones del país en que son frecuentes tales accidentes, se encuentran en circunstancias favorables para comprobar la eficacia del citado Elixir.

Accedemos pues con gusto al deseo expresado por el Dr. Rosas y ponemos este nuevo agente terapéutico de indudable valor, en conocimiento de nuestros lectores para que puedan utilizarle en los casos requeridos, aprovechando la acción antitóxica del nuevo preparado en accidentes que, por desgracia, no tienen hasta hoy una medicación eficaz y comprobada.

DR. E. L. ABOGADO.

UNA DOSIFICACION EXACTISIMA.

Así como en el número anterior de esta publicación insertamos varios análisis que desgraciadamente han demostrado que una preparación introducida recientemente en el mercado, no tiene en sí el agente terapéutico á que se atribuye su eficacia, así también no tenemos inconveniente en insertar el siguiente *documento oficial* emanado del Laboratorio Municipal de París, que justifica la dosificación de las preparaciones elaboradas en la casa Ch. Chanteaud, que desde hace años gozan de merecida aceptación entre nosotros.

Dice así el referido documento:

«*Análisis cualitativos y cuantitativos de gránulos dosimétricos de la casa Charles Chanteaud.*—54, Rue des Francs Bourgeois.—*París.*

«El Director del Laboratorio Municipal, certifica:

«*Análisis cuantitativo* núm. 66.—La muestra depositada bajo el núm. 1, como gránulos de arseniato de estricnina, por Mr. Ch. Chanteaud, contiene:

Dosificación sobre 40 gránulos.

Arseniato de estricnina	19	miligramos.
O sea por cada gránulo	0.0048	
Cifra anunciada ó indicada	0.0050	

«*Análisis cuantitativo* núm. 67.—La muestra depositada bajo el núm. 2 como gránulos de Colchicina, por Mr. Charles Chanteaud, contiene:

Colchicina	0.0020 miligramos.
O sea por cada gránulo.	0.0005
Cifra anunciada ó indicada	0.0005

«*Análisis cuantitativo* núm 1,214.—La muestra depositada bajo el núm. 1,158, como gránulos de Cafeina, por Mr. Charles Chanteaud, contiene:

Cafeína	0.0020 miligramos.
O sea por cada gránulo.	0.001
Cifra anunciada ó indicada	0.001

París, Enero 27 de 1905.

El Director del Laboratorio Municipal.—P. GIRARD.

UNA COMBINACION MODERNA UTIL Y ACEPTABLE.

Hace años el Dr. J. J. Sullivan, del University Medical College de New York, recomendó bajo este mismo título la asociación de la Antikamnia y de la Codeina, de la cual existen hoy preparadas las tabletas que contienen unos 25 centigramos de antikamnia y uno y medio centigramos de codeina. La respetable Compañía que prepara estos productos garantiza y asegura que «la codeina usada en sus tabletas está purificada especialmente, no produce constipación y jamás induce al hábito, siendo esta circunstancia digna de no olvidarse y de tenerse en cuenta.»

Por esa razón es recomendada esta medicación en la tos que acompaña á la tisis, en el dolor ocasionado por la pleuritis, en la penosa sensación que acompaña á la bronquitis cuando los bronquios se encuentran secos y excitados por el proceso inflamatorio y en todos los casos semejantes. Estas tabletas se recomiendan como un sedante poderoso de los centros respiratorios en los desórdenes agudos ó crónicos de los pulmones y en la gran mayoría de los casos proporcionan un positivo alivio, modificando con rapidez los síntomas penosos de estas afecciones. El espasmo violento y tenaz que con frecuencia se padece en los catarros y en la gripa son asimismo modificados por esta útil asociación.

SECCION XXIII.

ESTADISTICA

MORTALIDAD, NATALIDAD, PUERICULTURA.

(CONTINÚA.)

Vimos más arriba que la mortalidad general ascendió á 452,328 individuos y practicando la resta indicada se obtiene un saldo efectivo á favor de la población de 39,258 ó sea un aumento á razón de 3,11 por cada mil habitantes.

* * *

La mortalidad de niños menores de 5 años de edad, ascendió á 224,196 y está representada en la mortalidad general, por una cantidad de 495.64 entre cada mil defunciones de toda edad. En números más sencillos puede decirse que esta mortalidad de la más tierna infancia, es justamente la mitad de la mortalidad general y no sólo no compensa la ganancia ficticia obtenida por tour de force, en la cuenta de nacimientos, sino que significa una pérdida potencial irreparable, digna bajo todos conceptos de fijar la atención de nuestros higienistas.

En suma, el balance del movimiento de población en el año, arroja las siguientes sumas:

Nacieron		502,177
Murieron al nacer ó antes.		10,321
Nacieron vivos		491,856
Murieron antes de llegar á 5 años	224,196	
Murieron de 5 años ó más de edad. . . .	228,132	
Ganancias durante el año.	39,528	
Sumas iguales.	491,856	491,856

En ninguno de los años anteriores, la muerte había diezmado la población á tan alto grado como en el de 1899, último del quinquenio que hemos elegido para nuestro estudio.

Efectivamente, en este año sobre los 12.619,949 habitantes, murieron más de medio millón, supuesto que fallecieron 507,890 habitantes de todos sexos, edades y nacionalidades. Decir que la mortalidad del año fué de 40.24 al millar es expresar su proporción exacta.

De esta elevada suma de defunciones sólo 166,662 fueron aprovechables para la estadística de morbilidad, porque la causa de ellas fué identificada por diagnóstico técnico; en cuanto á las 341,228 restantes, corresponden á individuos que murieron, sin que en cada uno de esos casos haya podido establecerse de una manera cierta la idoneidad de la causa de defunción; en ninguno de ellos hubo diagnóstico pericial.

La apreciación de que de cada 1,000 defunciones ocurridas durante el año sólo 328, son aprovechables para la estadística de morbilidad y la higiene pública, es corolario forzoso é inmediato de los guarismos anteriores, y como dato complementario puede asentarse que entre cada 1,000 sucumbidos hubo 671 que descendieron al sepulcro, sin que la causa eficiente de su muerte haya sido conocida con probabilidades de certeza.

En este mismo año la cifra de natalidad ascendió más aun que en el año anterior, porque en el Distrito Federal siguió en plena vigencia el precepto de Ley que obliga á los ciudadanos á registrar oficialmente á los que no lo están y el número de presentados á las oficinas del Estado Civil en esta parte del Territorio Nacional fué de 41,720. Por otra parte, las autoridades de Tabasco siguieron el ejemplo del Gobierno del centro, y dispusieron que fueran registrados por el Juez del estado civil, todos los individuos que no lo hubieran sido, lo cual aumentó la cifra de presentados en aquella entidad federativa á

15,767, siendo así que en el año anterior sólo fueron registrados 5,912; en 1897, 5,903; en 1896, 6,133 y en 1895, 5,913. Los resultados alcanzados en aquel Estado fueron similares á los obtenidos en el Distrito Federal desde el año de 1898, y permiten esperar que en atención á ellos y para determinar la natalidad exacta de la Nación, los Gobiernos de las otras entidades dicten en sus respectivos territorios medidas encaminadas á suscitar el cumplimiento de conferir su estado civil á los niños nacidos en la República.

En cuanto á las consecuencias inmediatas de estas estimulaciones gubernativas, concurren á falsear las cifras de natalidad, exagerándolas porque en el mismo año se registran los recién nacidos y los rezagados de años anteriores. Para distribuir estos presentados en los años que corresponden á su nacimiento, necesitaríamos conocer su edad; pero como dijimos más arriba, los encargados por la Administración Gubernativa de recoger y coleccionar estos datos en cada municipio no se han penetrado de la vital importancia que asumen en el conjunto de los datos censatarios. Despreciados en su origen los elementos estadísticos más rudimentarios se hacen imposibles toda clase de investigaciones demográficas y aun se esterilizan los esfuerzos que el Gobierno del Centro hace para implantar los cimientos de la Demografía y Estadística de la Nación.

Por lo que á nuestro objeto incumbe, que es el de obtener el mayor número de nacimientos de constancia oficial, nos halaga aceptar como ciertas las cifras presentadas que como correspondientes á nacidos en el año nos presentan los documentos oficiales de Tabasco y el Distrito Federal: además, en la imposibilidad de encontrar otras más exactas, nos vemos en la imprescindible necesidad de aceptarlas.

Durante el año que venimos estudiando, fueron presentados al Registro Civil en Aguascalientes, Colima, Chiapas, Chihuahua, Distrito Federal, Puebla, Querétaro, San Luis Potosí, Sinaloa, Sonora, Tamaulipas y Tepic un número de recién nacidos igual á 155,233

En las anteriores divisiones políticas no fué anotado el número de los bautizados. En el resto de los Estados y Territorios, se tomaron en cuenta tanto el número de registrados como el de bautizados, siendo menor el número de estos últimos (236,051) en Campeche, Coahuila, Guanajuato, Guerrero, Hidalgo, Jalisco, México, Morelos, Nuevo León, Oaxaca, Tabasco, Veracruz, Yucatán, Zacatecas y Baja California ante cuyas autoridades fueron presentados 309,437

En Durango y Michoacán fué menor el número de registrados por el Gobierno, en cuyas oficinas se llegó á la cantidad de 34,297, que el número de presentados á los ministros de los cultos que fué de . 45,498

Finalmente, Tlaxcala hace figurar en ambas columnas de presentados, la del Gobierno y la de la Iglesia, una cifra, que como en los años anteriores es igual á. 6,235

El cálculo más alto de nacidos es de 516,403

niños presentados ante una ú otra autoridad, lo que da un valor á la natalidad de este año igual á 40.91 por cada millar de pobladores. Como el número de defunciones acaecidas en la República durante el mismo año fué de 507,890 resulta en apariencia que debe haber habido un aumento en la población igual á 8,513 individuos que es la diferencia de las cantidades ministradas por la natalidad y la mortalidad.

Pero de los 516,403 anotados como recién nacidos y como elementos de reparación, hay que descontar los que fueron registrados muertos y que por ser cadáveres no deben entrar en línea de cuenta. En los datos oficiales aparece expresamente que 11,196 fueron presentados sin vida en 26 Estados, los dos Territorios y el Distrito Federal. En los documentos del Estado de Tlaxcala no existe ninguna anotación de nacidos muertos entre sus 6,235 productos de gestación. Considerando que el diezmo de mortalidad fetal de los engendros durante el embarazo y el parto, fué en la mayor parte de la República de 21.68 por cada mil nacidos, se puede deducir que en dicho Estado sobre sus 6,235 presentados, hubo aproximadamente 125 fetos muertos que sumados á los 11,196 cadáveres fetales del resto de la Nación, hacen un total de 11,321 recién nacidos sin vida que no deben figurar en el contingente de la regeneración de nacionales.

El valor de este último redúcese por este motivo á 505,082 que fué el número de sujetos presentados vivos á las oficinas del Registro Civil y de la Curia Eclesiástica. Si tomamos esta cifra como la representación exacta del número de unidades de reparación, faltan en la población al finalizar el año 2,808 individuos para completar el hueco que la muerte originó en la masa de los habitantes, que en el censo debe traducirse por una merma de 0.22 por cada millar de pobladores.

Este diezmo en la vitalidad de la población se acrece de manera considerable, por razón de que de las 507,890 defunciones que ocurrieron en el año, 259,054 fueron de niños que no habían llegado aún ni á 5 años de edad, resultando de la comparación de las dos últimas cifras que la mortalidad de la más tierna infancia estuvo representada en la mortalidad general del año por una proporción de 510 sobre cada mil defunciones de toda edad, y que por lo mismo fué superior á la mitad del total de los siniestros.

La consideración de estos guarismos nos hace conceptuar que este año fué, á pesar del aumento de natalidad, de los más siniestros para el equilibrio de fuerzas de la Nación, supuesto que no sólo la mortalidad aumentó de una manera casi equivalente al exceso de nacimientos registrados por efecto de las disposiciones legales ó gubernativas, sino que ese acrecimiento en el número total de defunciones fué sobre todo á expensas de la vida de los niños menores de 5 años, que murieron en cantidad mucho mayor á la que correspondía en el aumento proporcional y respectivo de la natalidad y la mortalidad del año de 1899, cuyo movimiento de población, según los datos oficiales, puede resumirse como sigue:

Nacieron.		516,403
Murieron al nacer ó antes.		11,321
Nacieron vivos		505,082
Murieron antes de llegar á 5 años de edad .	259,054	
Murieron de más de 5 años de edad . . .	248,836	
Pérdida efectiva durante el año.		2,808
Sumas iguales.	507,890	507,890

(Continuará.)

SECCION XXVIII.

REVISTA DE LA PRENSA MEDICA EXTRANJERA

Quince casos de fractura del escafoideo en el carpo. *(Le Caducée, Agosto de 1904).*—El Dr. M. O. Blau presenta un trabajo hecho en el Instituto Mecanoterápico del Hospital Militar de Tempelhof (Berlín) en que ha demostrado, por la exploración radiográfica, la gran frecuencia de las fracturas del escafoideo en el carpo, pues en un año ha observado quince casos, de los cuales solamente el tercio se acompañaba de lesiones en el semilunar y en el radio; en todos, los metacarpianos siempre han estado intactos, todos han sido producidos por violencias; en trece veces de acción indirecta y tan sólo en dos de acción directa. La posición de la mano en el momento del traumatismo la mayor de las veces ha sido en extensión forzada (flexión dorsal), dos veces solamente en flexión verdadera y una en adducción.

Los síntomas generales fueron: poca hinchazón, dolor más ó menos limitado en el punto lesionado, nunca demasiado. La flexión dorsal muy difícil; jamás se ha podido comprobar desalojamiento ni crepitación. El examen radiográfico se debe hacer en la pronación y en ambas manos para tener punto de comparación, pues el aspecto de los escafoideos varía según los individuos y podrían tomarse fácilmente por una fractura las depresiones lineales que el hueso presenta normalmente. La separación de los fragmentos es muy frecuente, la dirección de la fractura es muy variable, la consolidación es difícil, pues en la mitad de los casos que se han observado, se ha demostrado á la exploración, lejana al accidente, la separación de los fragmentos.

Como tratamiento, el autor aconseja un aparato inmóvil por cuatro semanas y después masage. La curación, como lo hemos dicho, es imperfecta por lo difícil de la consolidación, y en estos casos persiste una debilidad ó una limitación en los movimientos de flexión dorsal del puño, así como hinchazón y dolor locales, fáciles de producirse.

Tratamiento de las heridas penetrantes de pecho.—*(Le Caducée. Agosto de 1904.)*—El Dr. Grumert relata una observación de un hombre que á su entrada al hospital llegó con una herida penetrante del pecho hecha con cuchillo; presentaba una disnea intensa, palidez extrema de la cara, pulso pequeño, sudores profusos, etc., todos síntomas de una hemorragia seria y profunda; después de la resección de la costilla abajo del punto herido, se encontraron dos heridas pulmonares como de tres centímetros de extensión que sangraban abundantemente; se suturaron y al cabo de doce días el enfermo estaba curado. A consecuencia de este y otros casos anteriores del mismo doctor, cree se debe intervenir más de lo que se acostumbra en todas las heridas de pecho

cuando el pulmón está lesionado, sobre todo en las heridas por arma blanca. En las heridas por arma de fuego cree que la conducta general es esperar tan sólo algunos días para evacuar el derrame sanguíneo si lo hay. Otro motivo de intervención rápida en estas heridas es, según el autor, la producción de un enfisema que podría ser mortal; lo mismo que cuando hay neumotorax con presión positiva para dificultar grandemente la respiración.

Sífilis del estómago.—*(Del «Boletín Médico» de Lérida, España, por el Doctor H. Torres Barberá.)*—El autor refiere el caso de un hombre de treinta años atacado de una intensa hematemesis, enfermo hacía más de un año; con fuertes dolores en el estómago, especialmente antes de las comidas, cesando algo inmediatamente después de ellas para reaparecer con más intensidad al poco tiempo; estos dolores se irradiaban por debajo de las costillas á manera de cinturón neurálgico, hasta llegar al raquis, y allí eran más intensos. Tenía frecuentes vómitos y cuatro veces, anteriores á la observada por el autor, había vomitado sangre, cada vez en mayor cantidad. Al examen, fuera de los síntomas propios de hemorragia grave, había, explorando el estómago: á la inspección nada, á la palpación tan sólo el epigastrio muy sensible, sobre todo al nivel del tercio inferior de la pequeña curvatura, ningún empastamiento ni endurecimiento se pudo comprobar por esta sensibilidad. El aparato respiratorio, sano. Por los trastornos digestivos, por el sitio y naturaleza del dolor, por los vómitos y las hematemesis y por la marcha del padecimiento, el diagnóstico de úlcera redonda del estómago se impuso.

Desechando desde luego la idea de cáncer (por la edad del enfermo, por la sangre roja de las hematemesis, etc.), desde luego llamó la atención del autor que un tratamiento adecuado prescrito por otro médico (dieta láctea, alcalinos y modificadores de la úlcera) y llevado á cabo por el enfermo durante ocho meses, no sólo no le habían mejorado, sino al contrario parecía había aumentado la gravedad del mal. Después de cinco días del tratamiento propio al estado grave del enfermo como consecuencia de la hematemesis (hielo al epigastrio y al interior, inyecciones de suero artificial y de ergotina, envolturas calientes, etc.), y conjurado el peligro de su repetición, el Dr. Barberá volvió á instituir un riguroso método (dieta láctea, agua de Vichy, bicarbonato sódico, píldoras de opio y de ratania, etc.) por un mes, sin que el enfermo obtuviera el menor beneficio; al contrario, como antes había sucedido, sufría grandemente y el abatimiento se acentuaba. Ante situación tan embarazosa y difícil, nuevo y minucioso examen del enfermo, encontrándose en sus antecedentes una sífilis hacía unos cinco años, sífilis de manifestaciones secundarias, ligeras y breves que no habían dejado huellas apreciables, razón por la cual el enfermo no le daba importancia ninguna. Con este dato la naturaleza específica de la ulceración gástrica se reveló. Tratamiento antisifilítico intenso, mejoría rápida. El enfermo, al mes, estaba curado de sus padecimientos gástricos, nueva prueba de su naturaleza. El enfermo, aleccionado por la experiencia, sigue su tratamiento y promete no abandonarlo.

El autor llega á las conclusiones siguientes: 1ª Que la sífilis gástrica puede simular una úlcera simple del estómago. 2ª Que cuando se haya establecido un diagnóstico de úlcera simple, si del tratamiento apropiado no se ob-

tienen resultados favorables, antes al contrario, parece que la enfermedad progresa, debe tenerse presente el hecho de la sífilis, buscarlo con insistencia en los antecedentes del enfermo y practicar un detenido examen que nos saque de la duda de una antigua afección sifilítica. 3ª Que en la sífilis del estómago, el tratamiento mercurial es, como en todas las fases y etapas de la enfermedad, admirable y verdaderamente específico. 4ª Que dados los peligros de una copiosa hematemesis á que puede estar sujeto el enfermo de sífilis del estómago, la administración del mercurio debe darse por las vías más rápidas, al objeto de obtener la cicatrización de la úlcera cuanto antes. 5ª Que nunca dejará de esforzarse el médico en recomendar á sus enfermos de sífilis el tratamiento constante de su enfermedad, por lo menos por espacio de tres años, pues rarísimas veces la enfermedad se habrá curado por completo antes de tres años, y en cambio muy pocos son los que después de tratarse durante este tiempo les reaparece la sífilis.

DR. LEOPOLDO E. CALVILLO.

(Concluirá).

SECCION XXIX.

IDIOMA INTERNACIONAL ESPERANTO.

La separación de las razas, el odio de nacionalidad, y todas las demás preocupaciones de los pueblos, desaparecen y se extinguen ante la voz de la Ciencia que llama á esos mismos pueblos al reconocimiento y aceptación de los grandes inventos que maravillosos se realizan con frecuencia en estos tiempos. La Babel que pone límites á las naciones, que levanta barreras inexpugnables entre ellas, nada debe poder con la diversidad de sus idiomas, en contra de esa manifestación de la inteligencia humana llamada *adquisición de la ciencia*, porque ésta no tiene ni puede tener por límites los horizontes de un solo pueblo.

Por tal motivo, la *verdadera ciencia*, nunca egoísta, siempre ha suspirado por encontrar un medio seguro de transmitirse por la redondez del globo. Primeramente los sabios hicieron, algún tiempo, uso del latín para entenderse, pero resultó que como este idioma no es eufónico en igual grado para todos los habitantes del mundo, tuvo que ser abandonado y se buscó en otra parte la solución del asunto. Descartes y otros hombres célebres por su ciencia, nos han ido trazando los caracteres del idioma internacional, los que no me detendré en describir para no abusar de la bondad del Sr. Dr. Abogado, que dando una prueba de su nunca desmentida ilustración, les da cabida en las columnas de su progresista periódico, á estas ligeras reflexiones sobre un asunto de vital interés para la Ciencia en general y para la Medicina en particular, cuya sagrada misión de velar por la vida del semejante le imponen el más imperioso deber de averiguar todo lo que entrañe un adelanto en la difícil y espinosa tarea que le ha sido encomendada. Previo lo anterior, sólo diré que el Esperanto ha sido elegido entre todos los concurrentes para desempeñar el papel de internacional, porque él mejor que ninguno, fundado sobre bases científicas, es al mismo tiempo de fácil aprendizaje, conservación, armonioso, rico y exacto en su modo de expresar el pensamiento y tantos caracteres, que con razón lingüistas como Max-Müller y otros, le han dado su sanción.

Y qué más, si en la culta Francia se ha fundado ya una sociedad exclusivamente médica y la que está presidida por el Dr. Brouardel, decano de la Facultad Francesa, y cuya sociedad tiene por objeto formar el diccionario técnico, hacer traducciones y producciones en Esperanto y procurar la difusión del idioma entre los médicos. En la «Revista Internacional de Ciencias,» publicación en Esperanto, he visto varios artículos de medicina bien escritos, y en el último número de dicho periódico, se ve un trabajo del Dr. Desfoses, el cual lleva por nombre: «Citodiagnóstico,» y otro de P. Bodin, intitulado: «Papel de las bacterias purulentas y patógenas.» Del Dr. Fournier existen algunas traducciones de sus notables obras, entre ellas, el opúsculo llamado: «Consejos á mis hijos á la edad de 18 años,» y algunas más. Igualmente obra en mi poder un cuaderno cuyo encabezado es como sigue: «The Vixol Syndicate, 304, Brixton Hill, London, S. W.,» el cual tiene una completa descripción de este nuevo medicamento y sus aplicaciones á la terapéutica de las enfermedades pulmonares y bronquiales, pero no en inglés, sino en Esperanto. En fin, para dar una idea más justa de la extensión de este idioma, diré: que existen ya documentos venidos de las cinco partes del mundo, por haber en todas ellas uno ó varios centros de difusión del tantas veces citado Esperanto.

Por todo lo que antecede, excito á todas las personas amantes del estudio á que procuren más datos, para que en vista de la bondad del asunto, adoptemos lo que ya otras personas han encontrado bueno, con el fin de poseer un idioma auxiliar internacional, indispensable, más que para ninguna otra, para la Ciencia Médica, y demos así una prueba práctica de que los mexicanos nunca somos refractarios al verdadero progreso.

La persona que necesitare más datos puede dirigirse al Sr. Ramón Limones, Chavarría núm. 4; ó al que subscribe, Secretario de la Sociedad Mexicana propagadora del Esperanto.

DR. A. VARGAS.

Santa Rosa, Necoxtla, Marzo 15 de 1905.

NOTAS.

NUEVOS JEFES DE REDACCION.

Tenemos el gusto de anunciar á nuestros lectores que en lugar del Sr. Dr. Salvador F. Alcalá, ocupa este puesto en Guadalajara el Sr. Dr. D. Miguel Mendoza López y en Guaymas, Sonora, el Sr. Dr. Fernando Ocaranza.

SUMARIO.

SECCIÓN V.—El régimen en las enfermedades, por el Dr. Eduardo Lamicq (Concluye).—Receptividad palúdica, por el Dr. J. F. Romero. (Continuará).—SECCIÓN XVII.—*Terapéutica.* Kola, Coca y Fosfatos de cereales, por el Dr. Agustín M. Fernández Ibarra.—GRIPA. Iniciación benigna y resultados fatales. *Tratamiento.*—La cuestión del tratamiento de la fiebre amarilla en Mérida, Yucatán.—Una preparación farmacéutica nacional. El Elíxir Antiviperino, por el Dr. E L. Abogado.—Una dosificación exactísima, por P. Girard.—Una combinación moderna, útil y aceptable.—SECCIÓN XXIII.—*Estadística.*—Mortalidad, natalidad, puericultura, por el Dr. Rafael Norma. (Continúa).—SECCIÓN XXVIII.—Revista de la Prensa Médica Extranjera (Concluirá). Dr. Leopoldo E. Calvillo.—SECCIÓN XXIX.—Idioma Internacional Esperanto, por el Dr. A. Vargas.—NOTAS.

TOMO VIII. MÉXICO, MAYO 1º DE 1905. NÚM. 5.

CRONICA MEDICA MEXICANA

REVISTA DE MEDICINA, CIRUGIA Y TERAPEUTICA

(ESPECIALMENTE ALCALOIDOTERAPIA Y OPOTERAPIA)

ORGANO DEL CUERPO MEDICO MEXICANO.

DIRECTOR PROPIETARIO

DR. ENRIQUE L. ABOGADO,

Miembro correspondiente de la «Societé Obstétricale de France, París» y honorario de la «Societé de Thérapeutique Dosimétrique de París.

JEFES DE REDACCION:

Dr. Barreiro Manuel.—Ex-Jefe de Clínica de Obstetricia de la E. N. de Med.

Dr. Duque de Estrada, Juan.—Profesor adjunto de Obstetricia de la E. N. de Med.

Dr. Mejía, Demetrio.—Profesor de Clínica Interna (3er. año) de la E. N. de Med.

Dr. Suarez Gamboa, Ricardo.—Cirujano del Hospital *Morelos*.

Dr. Vazquez Gomez, Francisco.—Profesor de Patología Externa de la E. N. de Med.

Dr. Zarraga, Fernando.—Profesor adjunto de Obstetricia de la E. N. de Med.

Sres. Dres. Manuel Carmona y Ramon Reynoso.—Sección de Medicina y Cirugía Dental.

Prof. Juan B. Calderon.—Preparador de Farmacia é Hist. de Drogas de la E. N. de Med.

Prof. Jose de la L. Gomez.—Sección de Medicina Veterinaria.

SECCIONES I Y III.

ALGUNAS PALABRAS

ACERCA DE LA

ANATOMIA DEL CIEGO Y DEL APENDICE CECAL

Y

LIGERAS CONSIDERACIONES FISIOLOGICAS A PROPOSITO DE ESTE ULTIMO ORGANO

POR EL DR. DANIEL GARCIA,

De la Facultad de México, Teniente Coronel Médico Cirujano del Cuerpo de Sanidad Militar, Director del Hospital Militar de Guadalajara, Premiado por la Secretaría de Guerra y Marina, ex-Catedrático de Anatomía en la Escuela de Medicina de San Luis Potosí, Miembro de diversas asociaciones científicas del país y extranjeras, etc., etc.

A MI ILUSTRADO COMPAÑERO Y AMIGO EL SR. DR. D. ENRIQUE L. ABOGADO.

En la sesión del día 6 de Agosto del año pasado, tuve la honra de presentar en la Sociedad Médica de Guadalajara unas preparaciones anatómicas conservadas al aire libre, con su coloración y consistencia normales, hasta donde es posible, por un procedimiento mío.

Las piezas aludidas, fueron: una de estudio de los vasos gruesos del mediastino, útil para el anatómico, importante para el observador y agradable á la vista del curioso inexperto en asuntos de Anatomía; y la otra, menos *efectista*, permítaseme la frase, era una porción del colon ascendente, el ciego, con un apéndice vermicular extraordinariamente desarrollado (diez y siete centímetros de longitud), y la implantación del intestino delgado, todo con sus repliegues peritoneales más interesantes. Esta preparación, en mi humilde concepto, es de aquellas que por sí solas despiertan grande interés, sobre todo

para el cirujano que se dedica á las operaciones del vientre; y precisamente por el interés que despierta, me tomé la libertad de distraer por un momento la atención de aquella honorable Sociedad, haciendo lo que pudiéramos llamar una conversación de anatomía práctica...

Voy á hacer reminiscencia de algunos puntos que me parece no carecen de interés.

I

Hace algunos años la anatomía del ciego y del apéndice vermicular, era imperfecta, era muy vaga; y tanto lo era, que en muchos puntos los autores no estaban de acuerdo y las descripciones que de estos órganos se hacían, no dejaban satisfecho el ánimo del estudiante, porque en unas cuantas líneas se condensaba su descripción y por lo mismo su lectura no despertaba interés; los prosectores nunca se ocupaban de hacer de estos órganos objeto de una preparación especial y los estudiantes de Medicina los conocían, más bien por curiosidad, en la práctica de las autopsias en los hospitales en que prestaban sus servicios. Los que querían profundizar más sus conocimientos recurrían á monografías que, más que descripciones anatómicas propiamente dichas, de aquellos órganos, eran más bien reglas quirúrgicas para la práctica de operaciones ó teorías más ó menos ingeniosas y más ó menos hábilmente expuestas para alentar á estudios ulteriores.

Hace muy poco tiempo, unos cuantos años, desde que la apendicitis ha sido objeto de estudios verdaderamente formales y los cirujanos se han familiarizado con las operaciones de vientre y las resecciones del apéndice vermicular se practican con frecuencia, ha progresado, como es natural, el estudio anatómico de los órganos á que nos venimos refiriendo. Es verdad que aun no se ha dicho la última palabra; pero es de esperarse que no estará lejano el día en que en los tratados de Anatomía descriptiva, ocupen la extensión que les corresponde y despierten todo el interés de que se les ha privado, desde Vesalius hasta los últimos años del siglo XIX.

En apoyo de mi aserto citaré estas palabras del Sr. Prof. Tillaux, en la última edición de su espléndida obra de Anatomía topográfica, pág. 765, edición de 1903:

«Hasta la sexta edición de esta obra, había escrito esta frase: El peritoneo mantiene aplicado el ciego contra la fosa ilíaca interna y en general no le forma meso-ciego, de tal modo, que la túnica musculosa está en contacto inmediato con el tejido celular subseroso de esta fosa.

«Reconozco que esto es un error, demostrado sobre todo por los trabajos de Traves. No hay duda, la disposición del ciego es un poco variable según los individuos; pero un hecho muy frecuente es este: el ciego está envuelto por todos lados por la serosa.»

En la pág. 767 de la misma obra, dice con toda honradez el Sr. Tillaux: «el apéndice, apenas mencionado en las primeras ediciones de esta obra, ha sido objeto, en estos últimos años, de un número considerable de trabajos, ya bajo el punto de vista anatómico, así como del patológico y merece toda la atención del cirujano.»

En la misma página añade: «Recuerdo que durante el período embrionario el ciego no presenta apéndice. Más tarde, la parte del órgano que confina con la desembocadura del intestino delgado, sigue desarrollándose; mientras que

la parte inferior se atrofia, se retrae y constituye el canal vermicular que será el apéndice.»

El Sr. Fort, en su tratado de Anatomía descriptiva, tomo 3º, pág. 325, dice: «El apéndice vermicular no es más que el vestigio del pedículo de la vesícula umbilical del feto.»

El Sr. Testut, acerca de la significación morfológica del apéndice, dice que ha permanecido mucho tiempo obscura. «Durante el período embrionario y los primeros tiempos de la vida fetal, el ciego, enteramente desprovisto de apéndice, es relativamente mucho más largo que en el adulto. Todas sus partes no tienen el mismo destino. Mientras que su porción superior, la que está próxima al orificio ileocecal, se desarrolla y se ensancha progresivamente para llegar á ser el ciego propiamente dicho, su porción inferior sufre una detención de desarrollo: se retrae poco á poco y se transforma finalmente en un pequeño tubo cilíndrico, que no es otra cosa que nuestro apéndice vermicular. Este apéndice es pues un órgano rudimentario, que recuerda en el hombre una disposición fetal y probablemente también una disposición ancestral hoy perdida. Se le llama algunas veces, y esto con justicia, *la porción no desarrollada del ciego,* ó más simplemente, *el ciego no desarrollado.*»

Respetando mucho las palabras del eminente anatómico de Lyon, me resisto á considerar el apéndice como un *órgano rudimentario.*

La opinión del Sr. Tillaux, en su obra citada, es casi la misma que la del Sr. Testut, en cuanto á la manera de formación del apéndice.

Los Sres. Beaunis et Bouchard, al tratar del desarrollo del intestino, describen magistralmente la época en que comienza á desarrollarse el apéndice; pero para darse cuenta de esto es necesario recordarlo, porque es muy interesante este hecho.

El intestino originario representa un tubo cerrado en sus dos extremidades, comunicando ampliamente con la vesícula umbilical, por el conducto vitelino y teniendo en cuenta la disposición del embrión, podemos dividir este tubo cerrado en tres porciones, la primera, fondo de saco anterior ó cavidad céfalo-intestinal, que más tarde formará la faringe y el esófago; la segunda, fondo de saco posterior ó cavidad pelvi-intestinal, que formará la parte inferior del recto; la porción intermedia ó intestino medio, dará nacimiento al resto del tubo digestivo: estómago, intestino delgado é intestino grueso, hasta la mitad del recto; ó en otros términos: á la parte del tubo digestivo que estará en relación con el peritoneo.

En el intestino medio, después de la formación del estómago y del duodeno, queda una parte que poco á poco se aleja del raquis, pues sabemos que sobre él se había constituído la canaladura intestinal; pues bien, al alejarse, va formando una asa cuya convexidad está dirigida hacia adelante y cuya concavidad da inserción al mesenterio. De la parte culminante de esta asa, sale el conducto vitelino que establece comunicación entre el intestino y la vesícula umbilical. Bien pronto las dos ramas de la asa se unen y se colocan en el cordón hasta el fin del tercer mes, época en que la asa penetra poco á poco en la cavidad abdominal. Mientras que la asa está en el cordón, la rama posterior presenta á poca distancia de la parte culminante, y por consiguiente, á cierta distancia de la inserción del conducto vitelino, un ligero ensanchamiento, primer vestigio del ciego y del apéndice cecal.

El conducto vitelino ó conducto ónfalo-mesentérico, se cierra, se oblitera en la vida embrionaria, y con los progresos del desarrollo, la cavidad intesti-

nal queda también cerrada; en el feto, el ciego está dilatado y su inserción en el intestino es amplia, poco á poco se va retrayendo hasta dejar más ó menos cerca de su inserción un repliegue, que algunos anatómicos han descrito como una válvula; me parece, pues, un poco trabajoso, darle el origen que le da el Sr. Fort, y más todavía, si recordamos que el conducto vitelino queda precisamente sobre la parte culminante de la asa de que ya hablamos, y el ciego se forma á expensas de la rama posterior, que contribuye á la formación de la asa. Hay un hecho muy elocuente de observación diaria: El apéndice nunca está obliterado total ó parcialmente, exceptuándose en sus estados patológicos. El apéndice no es *vestigio* de un órgano que se atrofió, es un *órgano perfecto*.

El Sr. Testut, dice que la cavidad apendicular es muy estrecha, frecuentemente virtual. Yo respeto su valiosa opinión; pero en los apéndices que he tenido en mis manos, y han sido muchos, siempre los he encontrado más ó menos amplios, y siempre conteniendo más ó menos cantidad de un líquido viscoso, más ó menos colorido. El apéndice de diez y siete centímetros que presenté, tenía una capacidad de cuatro centímetros cúbicos aproximadamente; relativamente al espesor de sus paredes hay que convenir en que la cavidad es muy pequeña. Con respecto á la longitud del órgano, los autores que he consultado admiten como máximum diez centímetros; yo nunca he visto un apéndice normal de adulto, de menos de siete centímetros; doce y catorce centímetros son muy frecuentes y el máximum que he encontrado y que presenté á la Sociedad médica de Guadalajara, era de diez y siete centímetros.

No debemos pasar por alto un detalle muy curioso en la historia del apéndice vermicular.

Dice el Sr. Testut en su gran obra de Anatomía humana: «Las bandeletas musculares del ciego nacen, no del punto más declive, sino sobre el punto en donde se implanta el apéndice» y como comprobación trae una espléndida figura en la página 116 del tercer tomo. A mí me parece un poquito exagerada la figura. Por lo que yo he visto y hecha de la mejor buena fe mi observación, yo diría: Casi siempre la inserción del apéndice vermicular corresponde al fin de la bandeleta longitudinal anterior; y esta bandeleta en ciegos dilatados sería sin duda un precioso guía para encontrar el apéndice, que suele hacerse difícil de encontrar, en la práctica de las operaciones.

Hay un punto de verdadera importancia que nos debe detener un momento: la relación que tienen con el peritoneo, el ciego y su apéndice.

También en este punto que á primera vista parece tan sencillo, ha habido entre los anatómicos divergencia de opiniones.

«El ciego», dicen los Sres. Beaunis et Bouchard, «es más ó menos envuelto por el peritoneo, según el estado de repleción»; pero es un error decir con Tuffier que el ciego está enteramente cubierto por el peritoneo.

El apéndice está envuelto por una lámina triangular del peritoneo que le da una gran laxitud.

Recordemos que el Sr. Tillaux dice á este respecto: «El ciego está por todas partes envuelto por la serosa.»

«El apéndice no es completamente flotante en la cavidad peritoneal: está fijo, con excepción de la extremidad libre, por un repliegue del peritoneo, el meso-apéndice que se continúa con la extremidad inferior del mesenterio.»

El Sr. Fort dice: «Unas veces el ciego reposa directamente sobre el tejido celular de la fosa ilíaca, otras está separado por el peritoneo que forma *algunas veces* á este nivel un repliegue: meso-ciego.»

Acerca de la relación del apéndice con la serosa, nada dice.

El Sr. Testut acepta sin vacilación lo que dice el Sr. Tuffier y rechazan los Sres. Beaunis et Bouchard. Admite la existencia de dos repliegues peritoneales descritos por Tuffier y que designa con los nombres de «ligamento superior» y «ligamento inferior», que mantienen en su posición en la fosa ilíaca esta porción del intestino. Los ligamentos de Tuffier desempeñan un papel importantísimo: el primero sirve nada menos que para soportar el peso del ciego en la estación vertical é impide que descienda hacia la pelvis: el segundo retiene el ciego hacia adentro y limita su movimiento de báscula hacia arriba.

Desde los trabajos de Traves, Bardeleben y Jonnesco, es un hecho perfectamente comprobado que el ciego es un órgano intraperitoneal, libre, móvil. Está envuelto enteramente por el peritoneo y era un error de los autores clásicos hacer de aquel un órgano extra-peritoneal.

Con respecto al apéndice vermicular, aunque muy autorizados maestros todavía lo consideran como un rudimento de una porción del ciego primitivo y más ó menos envuelto por el peritoneo, en mi humilde concepto no es un órgano rudimentario, sino un órgano perfecto y muy perfecto, y está completamente rodeado, envuelto por la serosa.

El peritoneo tan admirablemente dispuesto y tan delicadamente organizado, que al mismo tiempo que da fijeza al intestino no le hace perder la movilidad que por sus funciones debe tener, fué colocado de una manera especial y más admirable todavía, si es posible, alrededor del ciego, del apéndice y de la confluencia del intestino delgado.

Si con todo cuidado, si de una manera verdaderamente atenta se estudian en su sitio los órganos que nos ocupan, nuestra admiración será muy justificada al tener á la vista fosetas peritoneales pericecales, las mismas que hace pocos años ha descrito el Sr. Paul Poirier, jefe de los trabajos anatómicos en la Facultad de París, y que forman un capítulo verdaderamente interesante en la historia anatómica de los órganos tantas veces mencionados. Tres son las fosetas principales: la ileo-cecal, la ileo-apendicular y las retrocecales.

Si es un hecho indiscutible que el ciego y el apéndice están enteramente cubiertos por la serosa, ¿qué explicación se debe dar de la existencia de las hernias del ciego sin saco? Su misma rareza, su misma excepcionalidad, explican el hecho: el ciego y el apéndice no están exentos de sufrir anomalías como otros muchos órganos y precisamente por esto son tan raras, tan excepcionales aquellas, figurando de seis á ocho por ciento en las estadísticas de las hernias del ciego.

La historia anatómica del ciego y del apéndice vermicular, es de aquellas que están rodeadas de multitud de detalles, de multitud de circunstancias que les dan grandísimo interés. La del apéndice, sobre todo, es de las que se graban en la memoria y no se olvidan fácilmente, porque desde luego recuerdan el hecho de que ha sido un órgano visto hasta hace pocos años con positiva indiferencia, y para mostrarse poco á poco como es en sí mismo, ha sido preciso que su interesante patología llamara la atención del mundo médico para que los anatómicos lo hiciesen objeto de pacientes y fructíferos estudios. En pocos años se ha hecho bastante; todavía hay opiniones discordantes, aun no se ha dicho la última palabra; pero creo no estará muy lejano el día en que se le haga justicia completa y ocupe el lugar que le corresponda como órgano perfecto.

Todos los autores están de acuerdo cuando describen el apéndice, en pre-

sentarlo como un órgano que muchas veces encierra substancias diversas. En todos los apéndices que he estudiado, y que han sido muchos, nunca he encontrado semillas de frutas ú otros cuerpos extraños; lo más común ha sido hallar materias fecales, unas veces en pequeñísima cantidad, y otras ocupando por completo toda la cavidad del órgano, como observé en la autopsia practicada el 2 de Marzo de este año; con la particularidad de que el meso-apéndice era muy ancho, muy desarrollado, el apéndice cruzaba la parte anterior del ileon, remontaba sobre éste, seguía una dirección paralela á esta porción del intestino y terminaba cerca del estrecho superior en espiral, teniendo una longitud total de catorce y medio centímetros. En este apéndice tuve el gusto de ver comprobados, una vez más, ciertos repliegues que describiré después.

Con respecto á las variedades de posición del apéndice, hay mucho que estudiar para confirmar las observaciones de Laforgue ó para que tengamos nuestro juicio propio en este particular.

No me llamaría la atención que así como se han encontrado algunas particularidades anatómicas en la raza latino-americana, como las que presenta la pelvis, el cráneo, los dientes, etc., etc., se encontrasen también particularidades en el apéndice vermicular; puesto que, si es justo mi modo de ver, lo que señalan las observaciones europeas como *máximum*, es decir, diez centímetros, es entre nosotros casi el término medio.

Para terminar, debemos tocar un punto interesantísimo: la estructura del apéndice.

Con ésta ha pasado también lo que con su descripción. Hace algunos años ha comenzado á ser objeto de formales investigaciones, habiendo aún discordancias sin decirse todavía la última palabra.

El Sr. Tillaux dice: es muy simple la estructura del apéndice, demuestra la existencia de una capa sub-mucosa de folículos cerrados.

Los Sres. Beaunis et Bouchard, dicen: ...la estructura del apéndice es la misma que la del ciego.

No entran en pormenores estructurales y en muy pocas palabras condensan su histología; en cambio el Sr. Testut es más minucioso y más explícito y no puedo resistir, para mi objeto, el deseo de reproducir las palabras del eminente anatómico de Lyon:

«Las paredes del apéndice vermicular son muy gruesas cuando se las compara al diámetro de su cavidad central: este grosor varía por lo general de cuatro á seis milímetros. Poseen, por lo demás, la misma estructura que las paredes del ciego, siendo una continuación de éstas. Hecha abstración del peritoneo que le forma una envoltura casi completa, el apéndice nos presenta: 1°, una túnica musculosa constituída por dos planos de fibras, las unas longitudinales, las otras circulares: 2°, una túnica celulosa notable por su espesor, formada por tejido conjuntivo muy apretado (serré) y casi desprovisto de fibras elásticas; 3°, una mucosa con un epitelio cilíndrico, un estroma adenoide, una *muscularis mucosæ* y numerosas glándulas en tubo.

Al nivel de la punta del apéndice se ve la capa celulosa tomar un desarrollo considerable; sucediendo lo contrario con los dos planos de fibras musculares que ahí son apenas visibles, y las glándulas han desaparecido por completo *(Clado)*.

En el feto, en que el canal apendicular es relativamente más desarrollado y comunica con la ámpula cecal por un orificio más amplio, está ordinariamente lleno de meconio. En el adulto, en general no encierra sino moco, pro-

ducto de secreción de su túnica interna. Se encuentran, también, *en ciertos casos,* cuerpos extraños, semillas de frutas, núcleos de cereza, etc., etc. y bolas de materias fecales endurecidas.

Los linfáticos del apéndice cecal se dirigen hacia el ángulo ileo-cecal en donde desembocan en el ganglio apendicular de Clado.»

Esto es lo que dice el Sr. Testut.

Con respecto al sistema linfático del apéndice, es bastante complicado y tiene una importancia de primer orden, como veremos después. Para facilitar su complicado estudio, se puede dividir en tres grupos: el meso-apendicular, el ileo-apendicular, que es en donde se encuentra el ganglio de Clado, y el grupo ceco-apendicular.

¿Y qué diremos de la vascularización del apéndice vermicular? Verdaderamente es notable y nuestra admiración aumenta cuando reflexionamos que tiene sus arterias propias así como sus venas.

Sus arterias, ramales finísimos dispuestos absolutamente como los vasos intestinales, provienen de dos ó más ramas, según la longitud del apéndice, viniendo éstas á su vez de un tronco principal; la *arteria apendicular*, que es á su vez *rama de la rama terminal* de la mesentérica superior, ó en algunos casos, de la rama descendente de la cólica derecha inferior. La *arteria apendicular* va constantemente acompañada de una vena que lleva el mismo nombre y que recibe como afluentes, además de las ramas que emanan del apéndice mismo, otras que provienen del ciego y del íleon. Un detalle importantísimo: La arteria apendicular es casi siempre una arteria *independiente,* es decir, que no se anastomosa en su trayecto con ninguna arteria vecina. Sin embargo, suele dar una rama anastomótica, que establece relaciones entre los territorios vasculares del ciego y del íleon.

La Naturaleza no fué menos pródiga al inervar el apéndice: ramas finísimas del plexus mesentérico se distribuyen en él, lo mismo que en el ciego, lo mismo que á la mitad derecha del colon y es probable que sus delicadísimas ramas, al distribuirse en el órgano, formen esos intrincadísimos plexus que en el intestino delgado han sido estudiados por Auerbach, Meissner y Cajal, y de que no carece el ciego.

Insensiblemente se desprende esta justísima reflexión: El apéndice vermicular, que en épocas anteriores fué visto casi con indiferencia, en el estado actual de los progresos científicos, debemos considerarlo como un órgano de cierta importancia, complicado en su estructura, disposición, relaciones y demás circunstancias, para hacer de él un objeto de estudios formales y pacientes investigaciones.

Que el apéndice es un órgano, propiamente dicho, por su estructura anatómica, no cabe la menor duda y lo dice elocuentemente el admirable arreglo de sus tejidos, su forma, sus disposiciones arterial, venosa, linfática y nerviosa y pertenece al grupo de los órganos *limitantes.*

Si está fuera de duda que es un órgano, debe tener inconcusamente una función determinada. ¿Qué función es esta? He ahí el problema. ¿Es un órgano inútil? Esto sería una quimera, porque no hay órganos inútiles. La Naturaleza, infinitamente sabia, no pudo haber acumulado elementos tan admirablemente dispuestos sin ningún objeto, y si el problema de su funcionamiento ha escapado durante tantos años á la perspicacia de los observadores, esto no quiere decir que el órgano sea inútil. Yo, el último de los aficionados al estudio del mecanismo humano, proclamo con todas mis energías, con toda mi

buena fe, con todas mis convicciones, que el apéndice vermicular tiene funciones especiales y que nunca ha sido ni podrá ser un órgano inútil, *amenaza constante para la salud*, como quieren algunos.

II

Recapacitando sobre todo lo expuesto, fijémonos formalmente ahora en los puntos siguientes y estudiemos su papel fisiológico:

1° *Las fibras musculares.*—Longitudinales unas, circulares otras, su naturaleza nos indica su papel. Si se contrae la capa de fibras longitudinales, disminuirá la longitud del tubo, y se relajará la mucosa que lo tapiza. Si se contrae la capa de fibras circulares, aumentará la longitud del tubo, y se estrechará, proporcionalmente á las contracciones, el diámetro interior, produciéndose movimientos vermiculares. De la combinación de las contracciones y dilataciones sucesivas de las fibras longitudinales y circulares, resultarán los movimientos peristálticos, que tienen por objeto hacer avanzar en el interior del tubo las materias que contenga.

Establecidos estos principios de fisiología general, si el apéndice vermicular está dotado, como hemos visto, de capas de fibras musculares longitudinales y circulares, de la misma naturaleza que las del ciego, y en éste están demostrados todos aquellos movimientos, se puede por inducción asegurar que el apéndice cecal debe funcionar moviéndose como se mueve el ciego; y la inducción será más lógica, si recordamos que las fibras del apéndice están inervadas por el mismo plexus que lo está el ciego. Si aceptamos la idea de los movimientos del apéndice, es natural que como el ciego tenga su regulador de los movimientos; en el intestino grueso y delgado existen los plexus de Auerbach, modo de terminación en las fibras musculares de las fibras del plexus mesentérico; y si éste anima al apéndice y se distribuye á sus fibras musculares, es lógico suponer la existencia del plexus regulador. La Naturaleza es muy sabia, y si dotó de movimiento á un órgano cualquiera, le puso también su regulador para la perfección de su funcionamiento. En mi humilde concepto, el apéndice tendrá dos reguladores; el regulador nervioso, es decir, el plexus de Auerbach y el regulador mecánico: sus repliegues peritoneales que hemos estudiado.

Anormalmente, tanto en el intestino grueso como en el delgado, puede haber contracciones enérgicas, sensibles y hasta dolorosas, constituyendo lo que llamamos *cólicos*. El apéndice vermicular no está exento de estas manifestaciones y hay un padecimiento demostrado por la clínica y que lleva el nombre de *cólico vermicular*.

2° *La mucosa.*—Esta membrana tiene un epitelio cilíndrico, un estroma adenoide, una *muscularis mucosæ* y numerosas glándulas en tubo. En el corion de la mucosa, y como una dependencia de aquel tejido linfoide, se encuentran numerosas glándulas acinosas, con su correspondiente canal excretor, siendo tan abundantes en el apéndice, que forman una capa casi continua; la misma disposición se encuentra en el ciego.

Las glándulas en tubo ó de Lieberkuhn, son muy abundantes en el apéndice, predominan en el intestino grueso, desde el apéndice hasta el ano.

SECCION V.

RECEPTIVIDAD PALUDICA.

INMUNIDAD.—ACCIDENTES PERNICIOSOS.

(CONCLUYE.)

IV

Quédanos por tratar los accidentes perniciosos, y para ello conviene tener presente la siguiente definición:

«El Paludismo es una intoxicación producida por el *plasmodium malariæ*—Laverán—parásito del mosquito,[1] introducido al torrente circulatorio del hombre por la picadura de este insecto y cuyas manifestaciones revisten, en lo general, el carácter de fiebres periódicas.»

Creo también conveniente hacer una breve exposición de la labor patógena que este amebo desempeña ya en el torrente circulatorio.

El estilete acanalado del mosquito, una vez que ha encontrado un vaso de mediano calibre, en relación con el diámetro de este instrumento, lanza su inyección salivar en la cual van comprendidos los esquizontes palúdicos cultivados en su estómago. Estos van luego á las hematies por virtud de la quimiotaxia positiva que estas células ejercen; y, en mi opinión, las penetran luego para seguir su ciclo esquivogónico dentro de ellas. Más tarde, cuando la forma del plasmodium en su evolución cambia, se adhiere á ellas y se excava un aposento destruyendo con sus licinas la envoltura de la hematie.

Pero toda célula que vive y se nutre, desprende secreciones-exoplasma y estas secreciones sirven en el plasmodio—concretándonos al caso—para transformar el plasma de las hematies en substancia asimilable. Pero su acción va más lejos, pues siempre hay un excedente que, llevado por el suero sanguíneo, va á obrar sobre los centros nerviosos, cerebro y médula; sobre los órganos linfoides y algunas veces sobre el endotelio mismo de los vasos, produciendo, según el sitio de predilección—*locus minore resistentiæ*—y la cantidad formada y libre, en un momento dado, desde el común calofrío hasta la parálización de los centros nerviosos en la forma perniciosa comatosa.

Ya en anteriores artículos he referido observaciones de casos de neuralgias, de parálisis parciales, de hematuria, de adenitis, etc.; y la ciencia tiene compilados casos de gangrenas, de osteitis, etc., etc.

¿Cómo y en qué circunstancias se producen estas graves intoxicaciones? Trataré de resolver estos puntos exponiendo las causas que favorecen la infección palúdica, refiriéndome en todo á las observaciones propias mías sin cuidarme de los aforismos doctrinarios, que si yerro en la interpretación de los hechos, quedan á salvo y en pie los hechos mismos, las observaciones que refiero, para la inteligente deducción del clínico. Creo así cumplir con mi

1 No siendo exclusiva del anofelo la vehiculación del plasmodio, creo prematuro é inadecuado para una definición señalar el género, y uso por esto la general de mosquito.

deber, pues profeso la creencia de que la Clínica Patológica no es una ciencia doctrinaria sino una ciencia resultado de milenarias observaciones.

* * *

Entre las causas que favorecen la infección palúdica, hay que colocar indudablemente en el primer lugar, á la caída del tono nervioso. En mi práctica he observado que—dada la infección ya existente—toda sacudida nerviosa producida por una causa física ó moral—una cólera, un pesar, un susto, un brusco enfriamiento, un dolor, una herida, una prolongada abstinencia de alimentos, etc., etc.—es seguida de la revelación, de la explosión palúdica.

Cuando se escucha la explicación que un palúdico da de sus males, es común oirle decir:—«Mis calenturas son de resfrío; me cayó agua fría estando irritado...»—«mis calenturas son biliosas; *hice un coraje*...»—«mi fiebre es de susto,» etc., etc. Y en tal convicción apelan al masage (sobamientos), á los purgantes drásticos, ó hacen que *un componedor* los apriete y hasta golpee. He visto á un agente de policía que estuvo á punto de ser asesinado, presentar una alta fiebre—41° c.—no teniendo más lesión que un levísimo araño, que curó espontáneamente, y persistir la fiebre hasta la administración de la quinina.[1] Y abundan las observaciones de personas que después de tomar un baño en inoportuno momento—muchas veces en el baño mismo—son atacadas de un acceso palúdico, que ellos mismos estaban lejos de prever.

Y entre muchas observaciones cuento la de un niño en quien se presentó un acceso pernicioso después de aplicarle el padre un severo correctivo. El niño anémico y muy irritable, venía sufriendo de paludismo hacía tres semanas, tomando alguna vez pequeñísimas dosis de quinina.

Una de mis clientes, después de varios días de copiosísimas comidas y de frecuentes ejercicios de baile, con motivo del susto que le produjo un disparo de pistola, sufrió una perniciosa de forma hematúrica.

Fácil es comprender el mecanismo de estas infecciones recordando que la actividad del agente patógeno está en razón inversa de la resistencia orgánica, y que á un desmayo de la defensa se sigue un redoblamiento de la energía del ataque.

Pero entre las que yo llamo obscuras y especiales causas de la infección palúdica, figuran en primer término, el uso de una agua impura para bebida, la habitación cerca de un pantano—tanto más peligroso cuantos más desechos animales contiene—y la substracción de la persona á la luz solar.

Respecto á la primera causa, tengo comprobado que cuando aumenta en Manzanillo el número de palúdicos, el agua del manantial que surte la población ha aumentado el número de sus bacterias; y tres veces he comprobado esta observación; dando por resultado que á la limpia del manantial se sigue una diminución en el número de casos y en la misma gravedad de ellos. Mi apreciación creo que es competente, pues en busca de enfermos visito diariamente todo el poblado como médico municipal; tengo un agente, además, para esto, y cuento con los principales elementos para hacer el análisis bacteriológico cuantitativo de las aguas.

1 Desde entonces administro quinina á todo herido en esta población eminentemente paludígena, como medida preventiva.

En cuanto á la segunda, he aquí los hechos que en mi concepto la fundan: Existen en Manzanillo dos lagos pantanosos; uno en las goteras del poblado y que recibe detritus animales y basuras de las casas; y el otro inmediato á la Bahía, frente al sitio destinado para colocar en observaciones las embarcaciones sospechosas, y que no recibe sino detritus vegetales. Pues bien; en el caserío que avecina el primer lago, tengo frecuentemente enfermos de paludismo grave, y en esta zona, cuando había fiebre amarilla, se dieron los casos más graves. Cerca de la otra existen pocas habitaciones, pero he tenido á 25 metros de sus aguas, acumulados en una barraca, hasta 900 chinos por más de quince días, sin que ni en los primeros ni entre esta harapienta multitud se diera un caso grave de paludismo, existiendo allí, sin embargo, palúdicos. Más todavía: las embarcaciones en cuarentena, ancladas á menos de mil metros del pantano—y alguna encerraba cerca de mil hombres—jamás dieron un solo caso de perniciosa, ni de paludismo rebelde.

Una última observación: En Enero del presente año se dieron más de siete casos de fiebre palúdica hematúrica,[1] y dos ó tres con diversas hemorragias, en un período de veinte días. Uno de los extremos del pantano, que tocaba casi con el mercado y recibía todos los desechos del inmediato vecindario, fué denunciado por mí como una de las causas coeficientes de la forma perniciosa del paludismo: exigí su terraplenamiento é hice lo mejor que pude la esterilización del fango con cal viva.[2] El pantano fué en parte terraplenado, y hasta hoy no se ha dado un nuevo caso de esa forma.

Atribuyo al sol una poderosa influencia preservatriz del paludismo, siempre que la exposición á su luz directa no vaya más allá de dos á tres horas por día. He aquí mis observaciones á este respecto: En las familias de los trabajadores son más frecuentes los casos de paludismo entre las mujeres y los niños que guardan la casa, que entre los hombres que trabajan al sol. A pesar de una mejor alimentación se enferman de paludismo mayor número de veces y con mayor gravedad, los dependientes del comercio que los peones; aunque el trabajo de éstos se verifique entre el poblado—constructores de casas, albañiles, etc., etc.—Los empleados de escritorio, oficinistas de casas consignatarias, empleados de la Aduana Marítima, de la Dirección de las Obras del Puerto, etc., etc., presentan un contingente de casos graves, mayor que el de los celadores del Resguardo Marítimo, Ingenieros, Cuerpo de Policía, alijadores, etc.

Los días nublados—el vulgo lo repite—si son más de uno, dan al médico fuertes presunciones, casi nunca fallidas, para esperar casos graves de paludismo.

* * *

Respecto á la primera de esas causas podría objetárseme: «que las malas aguas producen afecciones que debilitan al organismo y lo predisponen á sufrir más intensamente,» pero antes que el uso de esas malas aguas produzcan afecciones gástricas, entéricas ó de otros órganos, la forma perniciosa del pa-

1 Yo fuí una de las víctimas, habiendo estado á punto de sucumbir y fuí inoculado visitando á un enfermo de esta forma.

2 Estas pequeñas, pero utilísimas obras, se han hecho por cuenta del Consejo Superior de Salubridad de México.

ludismo estalla.[1] A la segunda, sobre que la luz solar, activando los cambios ó acciones bioquímicas del organismo, tiene en su ausencia una influencia general sobre todos los procesos morbosos, quitando á los órganos de la defensa el tono nervioso que la hace más activa, lo mismo en el artritismo que en el paludismo; debo contestar que por culpa de mi poca ilustración no puedo señalar en qué consiste lo que yo llamo acción especial de la luz solar sobre la vida del plasmodio, pero que la observación de muchos hechos me hace creer en ella. Sea que por residir el parásito en un medio *especialmente* favorecido por la luz solar para llenar su cometido como vehiculador del oxígeno, aquel halle más hostil y resistente á ese medio; sea por otra cualquiera circunstancia, el hecho es para mí muy digno de tomarse en cuenta.

Respecto á la tercera de las que he llamado *causas obscuras*, se me objetaría que «la vecindad del pantano al poblado, arroja un contingente mayor de mosquitos á las habitaciones; pero la malignidad del paludismo no se aumenta con el mayor número de oportunidades para contraerlo, y además, aquí sobra con los *cultivados* en cada casa para que se necesitara de los que procrean los pantanos....»

Sin creer que mis razonamientos arrojen gran luz al problema, expondré las ideas que informan mi criterio sobre este punto.

El ilustre y sabio cubano, Dr. D. Carlos J. Finlay, en la luminosa conferencia que se sirvió concederme en la Habana, hallándose presente el infatigable y erudito Director de la «Crónica Médica Mexicana,» nos llamaba la atención sobre las anfractuosidades que presenta la hipo-faringe del mosquito, en el estilete perforador, á propósito de la transmisión de la fiebre amarilla: entre los dientes de ese estilete se lleva el *stegomya* partículas del endotelio, que bien pudieran ser la materia infectante. A mi vez me pregunto yo ahora si el anofelo no haría otro tanto, dejando en su infecciosa picadura, con los esquizontes alguna septina tomada del enfermo, de un cadáver, de algún otro animal ó de las aguas mismas que visita.[2]

Y esto por parte del agente propagador: por parte del plasmodio mismo hay algunas consideraciones más que deben tenerse presentes. Sujeto éste, como toda entidad biológica, á la influencia de los agentes exteriores—y mientras más pequeños y rudimentarios los organismos, más sujetos á ellas—tales influencias (luz, calor, electricidad, etc., etc.), exaltan ó disminuyen su toxicidad; pero en razón inversa de como obrarían sobre los organismos superiores. El plasmodio es el mismo, pero bajo ciertas influencias su desarrollo es anormal. En la sangre de un organismo vigoroso, el huésped se reproduce sin alterar las formas clásicas de evolución que se le describen; pero en un organismo debilitado, y bajo la repercusión de un choque general (frío, emoción, etc.), se producen las formas semilunares: el desarrollo de las formas segmentantes, detenido por la lenta evolución del proceso, da lugar á formas gigantes y prolíficas. El plasma mismo que rodea á los corpúsculos pigmentarios, sufre, quizás, un cambio alotrópico en sus moléculas; y la toxina, que al fin se vierte en el suero sanguíneo, es más virulenta.

La observación microscópica confirma estos hechos. En los casos graves se ven predominar, con las formas semilunares, las formas segmentantes; pero

1 Precioso detalle para buscar la ameba primitiva que la tradición quiere que habite en esas aguas.

2 Sabido es que el anofelo no procrea en las aguas infectas y sucias; pero las frecuenta.

de extraordinaria magnitud.[1] La pared celular del plasmodio es más gruesa y las granulaciones pigmentarias mas grandes, más brillantes y de muy lentos movimientos.

En estas condiciones la toxina es más tiempo retenida, y á la explosión del gameto no sólo recibe el suero sanguíneo mayor cantidad de toxina, sino más activa, más virulenta, por decirlo así. De ahí que en momentos en que la resistencia orgánica languidece y el plasmodio se hace más tóxico; cuando el cerebro y la médula tienen menos actividad funcional y el poder neutralizante de las antitoxinas se ha abatido, y las vías de eliminación funcionan torpemente, la *perniciosa*, la más poderosa y repentina intoxicación, estalla.

Tal es, en mi concepto, la marcha del proceso pernicioso en el paludismo. Huelga decir que esto sólo tiene lugar en el impaludismo que data de algún tiempo.

* * *

Resumiendo lo expuesto en el presente artículo,[2] séame permitido presentar las siguientes conclusiones:

1ª La receptividad palúdica existe para todo aquel que sufre la picadura de un anofelo infectado.

2ª La infección puede extinguirse antes de ser revelada; esto se consigue por la medicación preventiva (quinina) ó naturalmente subiendo á las altiplanicies.

3ª La inmunidad para el paludismo no existe ni adquirida ni hereditaria.

4ª Los accidentes perniciosos son determinados por un complejo de causas, y causados, no por un plasmodio especial, sino por la súbita presencia en la sangre de mayor cantidad de toxina de la que el organismo puede eliminar, y por la mayor virulencia de la toxina palúdica.

5ª El *plasmodium malariæ* aumenta la toxicidad de sus exoplasmas, cuando su desarrollo y reproducción se verifica con más lentitud y en un medio nutritivo empobrecido.

6ª Todas las causas que debilitan al organismo impaludado y que dificultan sus funciones eliminatrices, predisponen á la forma perniciosa.

A riesgo de llevar este artículo á impropias dimensiones, no quiero dejar pasar la oportunidad de recordar, á propósito de la forma perniciosa, la obli-

1 Estas se pueden observar en la sangre de un impaludado, conservada fresca y á una temperatura entre 36° y 40° c., debiéndose esto, en mi concepto, á las dificultades de desarrollo, de que antes hablé, á que se hallan sujetos por parálisis en la circulación, nutrición y oxigenación de la sangre, colocada en un medio extraño. Vése al principio extenderse la invasión á todas ó casi todas las hematies; pero no pudiendo exclaustrarse, el plasmodio va tomando desusadas proporciones. Su pigmento existe en proporción inferior á la normal, pero la pared celular aumenta en espesor: la hematie palidece y llega á ser al fin apenas visible por un fino contorno. El plasmodio se repliega á una parte de la circunferencia y allí forma una semiluna, ó se divide en porciones irregulares (segmentación); pero sin romper la envoltura celular. Otras veces se une á otros y constituye así las formas gigantes. La sangre, á la indicada temperatura, puede conservarse entre dos láminas, hasta por 29 días, aislada según la técnica prescribe. Pero en el organismo debilitado por las causas señaladas ¿no está la sangre bajo la influencia de una paresia, de una denutrición, de una anoxemia, que en algún modo la semejan á la que tomamos por experimentación?....

2 Véase el número anterior de la «Crónica.»

gación que el médico tiene cuando trata un caso de estos, de unir á una activa medicación química, el apropiado tratamiento para despertar las funciones excretorias y secretorias del organismo, procurando tonificar á los órganos que ejercen las principales funciones: al cerebro, al corazón y á los pulmones. ¡Cuántas vidas ha salvado la empírica medicación popular, que reduce su tratamiento á sudoríficos, purgantes y tónicos; y cuántos han perecido por la absoluta confianza que suelen otorgar algunos médicos á la sola inyección hipodérmica de quinina . . . !

Por último, no debe olvidarse que en el estado de abatimiento y perturbación en que se halla el organismo en estos casos, la absorción de la quinina suele ser nula, por lo cual debe buscarse su aparición en la orina, antes de tranquilizarnos con la medicación impuesta; y que el tiempo que se pierde en devolver al organismo su actividad asimiladora, se recobra con la mayor rapidez, obtenida después por la acción del medicamento.

Manzanillo, Marzo de 1905.

DR. J. F. ROMERO.

SECCION XVII

TERAPEUTICA

GRIPA.—INICIACION BENIGNA Y RESULTADOS FATALES.—TRATAMIENTO.

La gripa, después de larga visita, va alejándose de nuestra Capital, y el número de casos ha disminuído considerablemente, sin que pueda borrarse aún su recuerdo, porque todavía se observan algunos aquí y acullá y porque continuamos teniendo á la vista los enfermos que la han padecido en algunas de sus formas graves ó en los que tales y cuales complicaciones han hecho lenta y accidentada su convalecencia.

En nuestro número anterior abordamos esta cuestión, de interés y actualidad sin duda alguna, manifestando las ideas del Dr. Marty, bien conocido ya de los lectores de la CRÓNICA. Pero este escritor dedica á los mismos puntos un segundo artículo en el número del mes pasado de *La Dosimétrie*, que acabamos de recibir, y creemos conveniente el dar á conocer sus ideas y considerandos, como complemento de las emitidas en el artículo anterior, y agregar algunas reflexiones que nos han sugerido los casos de gripa de forma grave que últimamente hemos atendido y observado.

Aunque de una manera que podríamos llamar *incidental*, no siendo ese el objeto principal de su trabajo, el autor dedica algunos párrafos á los casos de gripa benignos y que pasan rápidamente y sin complicación. En estos casos por lo común sólo se observa una reacción febril que á veces llega á los 40° y persiste durante 24 ó 48 horas, sin dar lugar, sin embargo, á ninguna localización en los órganos que generalmente ataca y lastima. Huchard[1] cita el caso de un enfermo que en un paseo es sorprendido por un calofrío y que sólo tiene una calentura de 39°8, durante tres horas, al cabo de las cuales desaparece. Doussain cita otros dos casos observados con el mismo Huchard, en que dos

1 Huchard. Consultations médicales.

niños sólo presentan una temperatura de 40° y algunos estertores bronquicos, y en muy pocos días desaparece la enfermedad. Nosotros, no conociendo estos casos sino por la referencia que de ellos hace el Dr. Marty, queremos suponer que para ser colocados entre los casos de *gripa*, debe haberse tenido alguna razón poderosa para ello, tal vez el estudio bacteriológico, pues de otro modo podrían ser interpretados esos hechos de distinta manera.

Para esos ataques de influenza ligeros, acaso porque el organismo que invade se encuentra en condiciones especiales de resistencia ó inmunidad, recomienda como tratamiento la estricnina, la digitalina y la aconitina, 1 gránulo cada hora ó media hora, según la intensidad de la calentura, y acompañados de cinco gránulos de quinina. Condena, y con razón—á nuestro juicio—el abuso que se ha hecho y se hace aún de la antipirina, porque deprime el sistema nervioso y disminuye la secreción renal.

La quinina, aceptada como dominante por todos los terapeutas; la estricnina, con su indiscutible acción tónica sobre la celdilla nerviosa; la digitalina, con su influencia sobre los vasos y sobre la diuresis, y la aconitina como analgésico, no merecen, en efecto, reproche alguno, y mucho menos si se asocian al sulfidral como antiséptico general.

Al ocuparse de las formas graves de la gripa el Dr. Marty, señala desde luego la cardíaca como una de las más temibles, porque en ellas sobreviene rápidamente la lentitud del pulso, la aritmia cardíaca, la debilidad general y algunas veces un alarmante estado sincopal. En otras ocasiones los enfermos acusan lentitud ó aceleración del pulso, pasajera, con palidez y dolor en la región precordial, lo cual indica y revela una real perturbación de la inervación en los neumogástricos y de las funciones bulbo-protuberanciales.

El autor recuerda la observación que hace Huchard, de que, apoyándose en las experiencias del inmortal fisiologista Claudio Bernard, los síntomas observados en los enfermos de este género, semejan con bastante similitud los que se obtienen haciendo la sección de los nervios vagos.

La hipotensión arterial es grande y explica, como en la fiebre tifoidea, el ritmo designado con el nombre de *embriocardia*. Este fenómeno trae consigo un pronóstico grave: la muerte es inminente, y entonces es cuando más se impone una terapéutica enérgica que conjure el peligro. Es entonces cuando más se estima el valor de la alcaloidoterapia.

Refiere el autor en seguida un caso clínico de esta forma, en que, solicitado demasiado tarde, ni esa medicación poderosa auxiliada por las inyecciones hipodérmicas de aceite gomenolado, de aceite alcanforado, de éter, cafeína y estricnina, fué capaz de conjurar el funesto desenlace. El arseniato de estricnina administrado taquidósicamente, sea en gránulos, sea en inyección subcutánea, la cafeína y la esparteína y el uso hipodérmico también, del aceite alcanforado, constituyen los recursos más adecuados y eficientes en esas aflictivas eventualidades.

El Dr. Marty asienta en seguida lo que todos los médicos hemos comprobado incontable número de veces: que la gripa es mucho más grave y peligrosa cuando se implanta sobre un terreno ya debilitado é invadido por otra enfermedad. En las afecciones cardíacas, en la sífilis, en la diabetes, en las enfermedades medulares, en los organismos agotados por el trabajo y, sobre todo, en los tuberculosos, la marcha y la terminación de la gripa se modifican en sentido desfavorable y el pronóstico se hace tanto más sombrío cuanto más avanzada y seria es la enfermedad sobre la cual se injerta, por decirlo así.

También recuerda Marty una de las complicaciones frecuentes de la gripa: las infecciones articulares ó pseudo-reumatismos que pueden diferenciarse de las manifestaciones del reumatismo verdadero en que estas artritis sanan sin supuración ni anquilosis y rara vez traen consigo la endocarditis.

Llama asimismo la atención sobre la penosa y accidentada convalecencia que caracteriza típicamente á esta insidiosa enfermedad y que también desde mucho tiempo ha, ha sido observada por todos los clínicos y prácticos, descollando entre esos accidentes secundarios (las nevralgias, la ciática, las parálisis causadas por neuritis periféricas, etc.), la *astenia* considerable que deja en pos la infección del organismo por la gripa. La fatiga por el menor esfuerzo, el cansancio general, los sudores abundantes, la debilidad muscular, el enflaquecimiento marcado, la pérdida por la orina de fosfatos, la debilidad física hermanándose con una diminución notable de la actividad intelectual y moral y, en un palabra, el abatimiento y depresión del binomio humano, indican la importancia del agente patógeno que ha invadido la economía y la necesidad de imponer una terapéutica enérgica y bien meditada. Conocidas las consecuencias de la infección gripal, es inútil decir que la medicación debe tener por mira principal el prevenirlas ó atenuarlas.

Lo común y más frecuente es que esa astenia generalizada y casi distribuída por igual sobre toda la economía, ceda sin accidente alguno en corto plazo, combatida por medio de una medicación tónica y reconstituyente y el poderoso auxilio de una buena higiene. Pero algunas veces se ve predominar la astenia gástrica originando dilataciones del estómago y dispepsias, la astenia bronquica solicitando la parálisis de los pulmones señalada por el eminente Graves, la astenia cardíaca pudiendo producir la asistolia, la adinamia cardíaca y aun la temible embriocardia, la astenia medular, y por último, la astenia medular trayendo la impotencia genésica. Es, por consiguiente, esa astenia proteica y multiforme, la que siempre debe recordarse para evitar su llegada.

Es la Estricnina, sulfato, arseniato ó hipofosfito, sea granulada, sea inyectada, á la dosis de 4 á 5 miligramos diarios, el agente indispensable, el antídoto insustituíble de toda infección gripal, unida al sulfhidral como agente específico y microbicida. Y, como ya dijimos, la cafeína, la esparteína, el fosfuro de zinc para restituir á la economía los fosfatos perdidos, y en caso ofrecido, las inyecciones de éter, de aceite alcanforado, etc.

El Dr. Marty termina su artículo insertando un cuadrito sinóptico que recapitula útilmente las indicaciones dadas y la medicación correcta. Helo aquí, aunque por economía de espacio, en forma más condensada:

Tratamiento general de la gripa ó influenza.

Nota.—Las dosis ó gránulos serán administradas taquidósicamente ó braquidósicamente, según lo pida la benignidad ó gravedad del caso.

DOMINANTE CURATIVA.—*Estricnina.* Dosis de medio miligramo, ó sea un gránulo; quinina, sulfato ó hidroferrocianato: primer día, un gramo, 20 gránulos; segundo día, 80 centigramos por dosis de 10 gránulos; tercer día, 50 centigramos por dosis de 10 gránulos. Los siguientes, 25 centigramos por dosis de 5 gránulos. Sulfhidral, por dosis de 5 gránulos, 20 ó más si el caso lo exige.

DOMINANTE ACCESORIA.—Antisepsia bucal con cepillo y lavados ad hoc; antisepsia intestinal, por el Sedlitz, el benzo-naftol, la helenina, 20 gránulos por dosis de 5; tanino en igual proporción y sulfhidral.

VARIANTES.—*Tos.*—Codeína, de 1 miligramo á 1 centigramo por hora.

Cefalalgia.—Aconitina ó gelsemina, 1 gránulo cada hora, hasta efecto.

Bronquitis.—Yodoformo, 2 ó 3 gránulos por dosis y helenina y benzoato de sosa, en dosis repetidas más ó menos de 5 gránulos.

Adinamia.—Cafeína de 5 miligramos á 1 centigramo, hasta efecto.

Fiebre.—Triada dosimétrica; 3 gránulos por dosis hasta hacer descender la temperatura suficientemente.

Congestiones y hemorragias.—Triada. Ergotina é hidroferrocianato, 5.

Neuralgias.—Aconitina, de 1 á 2 gránulos y cicutina, de 2 á 5.

Nota.—En las gripas benignas ó atenuadas, tratamiento general y tratamiento sintomático, apropiado según el caso. En las gripas benignas pero febriles, la triada y las variantes adecuadas.

GRIPA GRAVE.—*Forma cardiaca.* Tratamiento general. Triada y de preferencia tratamiento por inyecciones hipodérmicas.

Fórmulas.—Sulfato de estricnina, 0.01; agua esterilizada, 10.00.—Cafeína, 4 gramos; salicilato de sosa, 3.10; agua esterilizada, 6 gramos.—Eter rectificado anestésico.—Ergotina, 2 gramos; agua esterilizada y glicerina, aa., 10 gramos. —Aceite alcanforado, preparado con: alcanfor, 10 y aceite de olivas esterilizado, 40.

GRIPA GRAVE.—*Forma nerviosa.* Tratamiento general. Triada; aconitina por dosis de 1 gránulo y cicutina por dosis de 3 gránulos.

GRIPA GRAVE.—*Forma pseudo-reumatismal.* Tratamiento general. Aconitina y veratrina, por dosis de un gránulo; salicilato de sosa, por 5 gránulos. Aplicar la pomada siguiente: Acido salicílico, lanolina y esencia de trementina, aa., 5 gramos; mentol, 2 gramos; y manteca, 40 gramos.

CONVALECENCIA.—Tratamiento sintomático: 3 dosis al día de estricnina, 2 gránulos; fosfuro de zinc, 3 gránulos y cafeína, 5 gránulos.

* * *

Tal es en extracto la segunda y última parte del trabajo del Dr. Marty sobre la terapéutica de la gripa, enfermedad que sin duda por condiciones telúricas especiales y especial receptividad del organismo, se ha desarrollado en todas partes del mundo con mayor ó menor intensidad.

A las reflexiones que agregamos en nuestro artículo pasado, queremos hoy añadir que en toda gripa de forma grave, la convalecencia, lenta, escabrosa y digna de una especialísima atención de parte del médico de cabecera, es un hecho que merece una particular mención, el que la receptividad morbosa del individuo aumenta considerablemente. Este hecho es el corolario forzoso de la importancia y severidad de una infección que, lo mismo que la malarígena, no sólo se limita á producir diversas alteraciones orgánicas por el desarrollo de su germen patógeno, sino que continúa influyendo desfavorablemente en el funcionalismo general del organismo, acaso por la acción especial de sus toxinas y por la radicación de ellas y su difícil eliminación.

En el caso grave y curioso que mencionamos en el número anterior, de la niña de 7 años, en que la infección gripal ha originado accidentes gastro-intestinales, pulmonares, cardíacos y cerebrales, de tal importancia que la supervivencia de la niña es sorprendente, acaba de surgir una nueva contingencia, una pleuresía purulenta que hace muy pocos días ha exigido la operación del empiema, extrayéndose más de 500 gramos de pus. Rodeada de cuidados

y con una asistencia esmerada y vigilando hasta el menor detalle, tal vez sea lícito atribuir á la infección primitiva aún, la oscura etiología de esta nueva complicación.

La gripa, por consiguiente, á pesar de los numerosos estudios á que ha dado origen por doquiera, es todavía campo fecundo y vasto para una serie de investigaciones que en un porvenir no lejano explicarán con mayor precisión los múltiples fenómenos á que da origen.

Dr. E. L. Abogado.

SECCIÓN XXIV.

BREVES CONSIDERACIONES REFERENTES A LOS PREPARADOS FARMACEUTICOS

DENOMINADOS "TINTURAS"

Estos medicamentos, que desde épocas remotas se han usado y que actualmente utiliza la Terapéutica, no cabe duda que tendrían gran valor si se conociera la intensidad de su fuerza, puesto que son, por decirlo así, los representantes de la actividad y propiedades de las drogas con que están hechos.

El compuesto etílico que sirve de vehículo á sus principios activos, siendo uno de los cuerpos que mayores ventajas ofrece para la conservación de las materias orgánicas sin alteración profunda en su constitución molecular, es la primera recomendación que puede hacerse de las preparaciones que motivan este artículo. Además, su fácil eliminación en el organismo, así como su rápida absorción por los tejidos externos cuando se destinan para este uso, hacen de ellos agentes verdaderamente interesantes, mereciendo por lo mismo más detenimiento en su estudio y mayor escrupulosidad de la que generalmente se tiene en su elaboración.

Los códigos, dispensarios, etc., indican las proporciones relativas de vehículo y droga que deben emplearse para obtenerlos. Algunos imponen la relación de 1 á 5; otros de 1 á 10, ó más ó menos, resultando de esto que el medicamento galénico, una vez listo para el despacho, responderá á un título de 10, 25, etc., por ciento, con relación á la planta que ha servido para su preparación.

Ahora bien; si los vegetales respondieran siempre á una composición constante; si los principios constitutivos de las drogas, esencialmente aquellos que figuran en la ya enorme lista de las bases orgánicas, se encontraran en todo caso en la misma proporción y cantidad en sus laboratorios naturales, muy justificadas serían las proporciones que los libros marcan para hacer las tinturas. Pero nada de esto se verifica. Mucha es la variabilidad en la composición de las plantas; los límites de la escala que marca, por decirlo así, su constitución, son bien extensos. Las causas son bien conocidas y sería prolijo exponerlas en este pequeño estudio.

Respecto á las manipulaciones que se ejecutan para obtener las tinturas, es extraño que no exista un método general constante y exento de discusión para hacer dichos preparados, tratándose por supuesto de tinturas de la misma especie; pues mientras unos recomiendan la maceración, otros han optado por la lixiviación, y aun hay quien aconseje el uso de los extractos secos para hacer el preparado en cuestión.

En todos estos casos, el *solutum* que llaman, ¿tendrá la misma composición? ¿Qué tiempo deberá la planta estar en contacto con el alcohol para que este líquido pueda disolver todos sus principios activos? Tratándose de las plantas que contienen bases orgánicas, ¿podrá el alcohol solo arrebatar los alcaloides de sus combinaciones naturales con los ácidos orgánicos?

Cuando se desea preparar morfina, quinina, etc., se somete la planta á la acción de álcali enérgico, para que, apoderándose del ácido orgánico natural combinado con el alcaloide, quede éste en libertad y pueda separarse por medio de un disolvente apropiado. ¿No sería lógico emplear procedimiento análogo al hacer tinturas, puesto que se trata de obtener una solución que contenga los principios activos de la planta?

A primera vista resalta la importancia de estas objeciones, mereciendo por lo mismo un estudio especial; pero por ahora no me ocuparé de ellas, para concretarme al punto primero, ó sea á la incertidumbre que existe en el uso de las tinturas preparadas por los métodos actuales.

No habiendo constancia en la composición de los vegetales, aunque las tinturas se preparen pesando los componentes en proporciones invariables, resultará un medicamento de acción dudosa, de energía más ó menos intensa pero nunca conocida.

Nadie mejor que los facultativos en Medicina podrán haberse dado cuenta exacta de esta variabilidad, y nada aventurado es presumir que algunos hayan perdido la confianza á determinada droga al verla inerte ó poco activa usando su tintura.

Veamos ahora los datos que la Química analítica nos presenta.

Para darme cuenta exacta de los hechos y confirmar con la experiencia mis observaciones, me propuse analizar varias muestras de tintura de hojas de belladona, tomándolas de diversas farmacias de esta Capital y procediendo del modo siguiente:

Colecté cinco tinturas, tomé 100 c.c. de cada una de ellas, las designé *indistintamente* con las letras *a*, *b*, *c*, *d*, *e* y procedí á su estudio.

Caracteres físicos.—Desde luego el grado alcohólico de algunas de ellas fué inferior al que, según los formularios, debe tener el líquido agotador. Esto se explica fácilmente, pues durante las manipulaciones mucho alcohol se evapora.

En su coloración observé diferencias bastante claras para poder distinguir con facilidad una de otra; pues mientras en unas se distinguía perfectamente el color verdoso por reflexión y refracción, en otras solamente de este último modo, habiendo alguna que presentaba una extraña coloración amarillenta.

Aplicando la conocida fórmula $P=V\times D$, determiné su peso específico, habiendo encontrado diferencias notables, lo cual me hizo suponer su diverso rendimiento en extracto, como sucedió.

Caracteres organolépticos.—En ellos no encontré datos útiles y procedí á practicar el

Análisis.—Valiéndome de un aparato especial, evaporé las tinturas al abrigo del contacto del aire y á una baja temperatura, habiendo observado que en el rendimiento de extracto hubo una diferencia como de 1 á 3. Agoté sucesivamente cada uno de los extractos obtenidos, con vehículo apropiado, resultando otras tantas soluciones dispuestas para la valoración de las bases orgánicas. Tres de estas soluciones precipitaron por los reactivos generales de los alcaloides; en las dos restantes no hubo precipitado.

Apliqué á los tres primeros líquidos el método volumétrico para determinar la proporción relativa de los alcaloides, habiendo obtenido como resultado una diferencia notable en dos de ellos.

¿Podría inferirse de esto que las tinturas todas ó la mayoría no estuvieran preparadas con todas las reglas del arte? Indudablemente que no. La honorabilidad de los establecimientos de farmacia donde adquirí los ejemplares es garantía suficiente de su correcta preparación. Por otra parte, el procedimiento relativamente sencillo que se emplea para su preparación—al menos como ahora se practica—y el poco costo de la materia prima, no dejan suponer que haya incuria ó mala fe por parte del operador.

Por tanto, esas diferencias tan notables que se observan en la composición de las tinturas, esa actividad tan distinta y muchas veces nula que presentan estos preparados, lo que los hace poco aceptables ante el recto criterio médico, por anticientíficos é inciertos, depende de la variabilidad en la composición de las drogas que se emplean para prepararlas. De nada sirve que se tomen pesos proporcionales y exactos de alcohol y planta, si no se conoce de antemano la actividad de esta última.

¿Por qué razón se titula el opio antes de usarlo en las preparaciones, y no se hace lo mismo con la belladona, el beleño, acónito, digital y un sinnúmero de drogas que contienen principios mucho más enérgicos que la morfina? ¿Por qué se exige que el opio oficinal contenga un 10 por ciento de morfina y no se procede de la misma manera con drogas análogas á las que acabo de referirme?

Si al preparar una tintura se empleara una droga de actividad conocida, ó sea titulada (cosa que puede hacer el farmacéutico), el medicamento, una vez concluído, tendría una fuerza fácil de determinarse, y el médico podría usarla con confianza y seguridad, por tratarse de un preparado verdaderamente científico.

De esta manera se obtendrían agentes terapéuticos de indiscutible mérito, justificando á la vez el valor *estimativo* que siempre se asigna á estos preparados en los establecimientos de farmacia.

PROF. ENRIQUE G. PUENTE.

México, Marzo de 1905.

SECCION XXVIII.

REVISTA DE LA PRENSA MEDICA EXTRANJERA

Epilepsia.—Algunas nuevas ideas.—En el número 11 de *The Alcaloidal Clinic*, correspondiente al mes de Noviembre de 1904, Mr. A. Conway dice que un caballero de St. Louis Mo. trataba con buen éxito la epilepsia, recurriendo á la estimulación del simpático y de los centros nerviosos espinales y á la sugestión. En todos los epilépticos que ha tenido oportunidad de examinar con el mencionado caballero, ha encontrado «una muy notable y característica lesión en la región espinal, consistente en una elevación de dos ó tres vértebras dorsales, con una hinchazón á un lado de las mismas.» Por lo general no hay sensibilidad en la parte hinchada; pero el paciente afirma sentir un choque en el estómago cuando se ejerce una presión fuerte sobre las vértebras, sintiendo la mano que palpa una especie de crepitación gaseosa.

El tratamiento consiste en comprimir fuertemente sobre la protuberancia vertebral, estando el enfermo acostado sobre el vientre, y en hacer *masage* sobre toda la espina dorsal y en los ganglios simpáticos. La sesión debe durar unos cinco minutos, procurando durante ella sugestionar al paciente la idea de la poca importancia del mal, cuya causa, bien conocida, se suprimirá, con la seguridad de obtener la curación.

La lesión espinal, cree el Dr. Conway, es el resultado y no la causa de la enfermedad; pero que, debida tal vez á una irritación de los centros por repetidas explosiones de fuerza nerviosa en estos mismos, mantiene después por presión la inestabilidad del equilibrio nervioso.

La epilepsia, en la mayoría de los casos es un hábito. Durante diez años ha tratado Conway á muchos alcohólicos, encontrando grande analogía entre el hábito de beber y el *hábito epiléptico*. En estos casos ha recurrido en particular á la sugestión, empleando también ciertos medicamentos que ayudan de algún modo, pero que no hacen tanto como la primera, que llega á curar completamente, cuando el enfermo se convence de que beber y medicinarse no son necesarios para vivir. Si el paciente pierde esta convicción, puede reincidir en sus extraviadas costumbres. Así pasa con la epilepsia: persuádase al enfermo de que la causa de su mal ha desaparecido, y será imposible una convulsión.

No sabemos la causa inmediata de un ataque; pero éste puede tener un origen psíquico. «Todos los epilépticos son muy sensibles á la sugestión.» La sugestión en estado de vigilia es, en opinión de Conway, más efectiva que la hipnótica, supuesto que la impone el médico apelando á la razón; mientras que durante el sueño hipnótico falta la conciencia objetiva. Convencida la razón, el paciente se puede procurar á sí mismo las necesarias sugestiones; en tanto que la sugestión hipnótica queda sin este refuerzo de auto-sugestión.

Los resultados de este método son indiscutibles, y ojalá se emprendan las necesarias investigaciones.

Un individuo epiléptico, con demencia, y que era también sifilítico, llevaba una pronunciada protuberancia en la región dorsal. Al fin de la primera semana de tratamiento comenzaba á recuperar la razón, estando en muy buena salud al terminar la tercera semana. Al entrar al hospital hubo días que sufrió 24 y 30 ataques. El tratamiento específico fué comenzado más tarde; de modo que el resultado no pudo ser atribuído á la influencia de la medicación mixta.

Durante ocho meses ha tratado Conway diez casos, en ninguno de los cuales hubo más de un ataque después de comenzar el tratamiento.

Los pretendidos síntomas de la hemiplejia histérica.—*(«Archivos de Psiquiatria y Criminologia,» Marzo y Abril de 1904. Buenos Aires)*—Según el Dr. José Ingegnieros, Babinsky ha dado gran importancia á los signos intrínsecos relativos á la hemiplejia misma, y no á los extrínsecos (fenómenos concomitantes, antecedentes del sujeto, modo de aparición, etc.), para fundar el diagnóstico diferencial entre una hemiplejia histérica y una orgánica; signos intrínsecos tan importantes, que en la mayoría de los casos suministran elementos decisivos de distinción. Hay hechos clínicos, sin embargo, que demuestran cómo los caracteres extrínsecos sirven más que los otros para el diagnóstico; aun el signo de Babinsky, considerado como patognomónico de las hemiplejias orgánicas, puede existir en las de origen histérico.

Un individuo de 24 años de edad, de antecedentes neuropáticos, sufrió ataques clásicos de histeria durante seis años. Después de uno muy intenso con apoplejía, quedó con una hemiplejia derecha que alcanzaba el facial, hemianestesia del mismo lado, gran exageración de los reflejos tendinosos, afacia y trepidación epileptoidea.

Se dice que la hemiplejia histérica no invade la cara; si es derecha no se acompaña de afasia, predomina en el miembro inferior; la flacidez de los miembros puede permitir hasta movimientos anormales en las articulaciones; no hay exageración de los reflejos tendinosos; no hay signo de Babinsky, etc.

Ahora bien, existen en el enfermo los signos atribuidos por Babinsky á la hemiplejia orgánica, hasta el fenómeno mismo de los dedos, de gran importancia, supuesto que estaría ligado á la existencia de lesiones de los centros superiores, lo cual es de mucho valor para el diagnóstico diferencial. Se trataba, no obstante la presencia de signos contrarios, de un caso de hemiplejia histérica; confirmándose esta idea cuando se encontraron algunos estigmas de la neurosis, como anestesia faríngea, hiperacusia unilateral derecha y estrechez del campo visual derecho.

Sometido el enfermo al sueño hipnótico, se hizo desaparecer la hemiplejia, y en otra ocasión se practicaron varias disociaciones del sindroma primitivo, determinando, además, zonas histerógenas, etc. El enfermo sanó en esta vez; pero al poco tiempo reaparecieron los ataques y se produjo una nueva hemiplejia, siendo tratado por otro médico, que diagnosticó hemiplejia orgánica y prescribió yoduro y mercuriales. Nada se consiguió con esta medicación, y la familia se oponía á nuevas prácticas de psicoterapia, por tener mayor fe en el empleo de las drogas. Hubo de ceder al fin y el enfermo curó luego que fué sometido á la sugestión hipnótica.

Se refiere otro caso en que, tratándose de histeria, existían algunos signos de los que se ven en la hemiplejia orgánica: desviación de la lengua del lado de la parálisis, signo de Babinsky, etc.

* * *

Cuando se trata de la histeria, neurosis tan fecunda en sorpresas para el clínico, es casi inútil decir qué comunes pueden ser y son de hecho los errores de diagnóstico y cuánto tan original, raro y hasta incomprensible puede observarse. De aquí que en el caso particular de que se trata, si no son realmente de gran importancia los signos llamados *intrínsecos* para hacer la distinción entre los dos géneros de hemiplejia, tampoco sirven solos los extrínsecos; pero unos á otros se prestan ayuda, y son de mucho interés los antecedentes y otras circunstancias análogas para fundar el diagnóstico diferencial. En el caso del Dr. Ingegnieros había motivos poderosísimos para atribuir á la histeria el cuadro observado, conocidos los antecedentes nosológicos, y aun cuando hubiese, por otra parte, signos intrínsecos contrarios.

Considerando aisladamente el sindroma con los signos que lo constituyen, hay, en verdad, caracteres especiales, como se sabe, para poder distinguir un caso de histeria de una hemiplejia debida á lesiones cerebrales. Recordaremos, por ejemplo, que se ha dicho que la hemianestesia de origen histérico pasa un poco de la línea media del cuerpo, tocando algo del lado sano. Charcot también asegura que en una hemiplejia histérica nunca existe del lado paralizado una participación del facial inferior comparable á la que se ve en la

hemiplejia vulgar. Hay en la histeria una verdadera contractura, un hemiespasmo labio-gloso, que ataca, ya el lado opuesto, ya el mismo lado de la hemiplejia. Esto es lo que se observa en la mayoría de los casos; pero en realidad la hemiplejia facial histérica está demostrada actualmente, aunque es rara y se ve, sobre todo, en casos de histeria grave.

Las contracturas son frecuentes en las hemiplejias histéricas, y se puede observar la trepidacion epileptoidea, contracturas aisladas, temblores, etc.

La afasia está habitualmente asociada á la apoplejia histérica.

En un caso que citaré se trataba de una mujer que no había tenido accidente alguno nervioso, notándose en ella solamente cierto grado de irritabilidad en su carácter. Después de un disgusto sufrió esta mujer un ataque convulsivo, al que siguió un verdadero estado comatoso. Pasados estos primeros accidentes pudo observarse la existencia de una hemiplejia con hemianestesia por el lado derecho, invadiendo la cara y notándose perturbados los sentidos especiales. Una circunstancia particular hizo pensar en la histeria. Se había ordenado que se pusieran unos sinapismos en los muslos y pantorrillas, verificándose el hecho curioso, como son la mayor parte de los fenómenos de la histeria, de que no obraran los revulsivos en el lado paralizado, contrastando esto con la rubicundez que en el otro lado produjeron. Son bien conocidos estos fenómenos de vaso-constricción de la histeria, verdaderos estigmas que pueden por sí solos servir para el diagnóstico. (Caso del Dr. G. Escalona.)

En otro caso, sin haber tampoco antecedentes neuropáticos, se produjo un ataque violento con pérdida del conocimiento, después del cual se encontró una hemiplejia con hemianestesia en el lado derecho; en el lado opuesto, hiperestesia notable; pero en la región ovárica del lado anestesiado había hiperestesia, y anestesia en la misma región del lado opuesto. (Caso del Dr. Enrique O. Aragón.)

En estos casos la sugestión hipnótica y en estado de vigilia, dió cuenta de los accidentes.

Muchas veces la sugestión en estado de vigilia es de mejores resultados ó es suficiente, como he tenido oportunidad de observar en un caso de contractura histérica en un miembro inferior, que desapareció con el uso de ciertas drogas cuyos *buenos efectos* se ponderaron á la paciente. En otra caso, con el azul de metileno se obtuvo la desaparición de ciertos accidentes histéricos, cuando la enferma creyó que *arrojaba su mal con la orina.*

Vemos, pues, cómo unos y otros signos son de grande utilidad para formular el diagnóstico.

México.

DR. EVERARDO LANDA.

La tuberculosis y la parálisis infantil.—*(Revue internationale de la tuberculose. Paris, Agosto 1904.)*—El autor, Dr. Bonays de Conesbonc, ha presentado como tesis al Doctorado en París, un minucioso estudio acerca de las relaciones entre la parálisis infantil y la tuberculosis y hace constar por sus observaciones que una gran parte de los paralíticos infantiles mueren tuberculosos aun cuando hayan llegado á un período avanzado de su vida. Investigando las causas de esto, cree que son insuficientes ó por lo menos no explican todos los casos las condiciones de vida que por lo general llevan estos enfermos, los cuales por su misma enfermedad se ven condenados á ejercer oficios en que todo ejercicio físico y por consecuencia higiénico, falta por completo, por lo

común viven con recursos muy escasos, y por consecuencia mal alimentados, mal vestidos, en casas malsanas, etc., y se adhiere á la hipótesis que los Dres. Richet y Héricourt presentaron á la Academia de Medicina de París, en la que trataron de demostrar que el jugo muscular contiene enzimas y zimasas antagónicas del bacilo de Koch, apoyándose en las observaciones de que los animales alimentados con carne fresca en cantidades notables, presentan una resistencia mayor á la infección tuberculosa; en que los atletas, y en general organismos con masas musculares bien desarrolladas, ofrecen, sin duda, resistencia mayor á la invasión del bacilo de Koch, etc. El autor cree que esta hipótesis se confirma en los paralíticos infantiles, que son al mismo tiempo amiotróficos, la falta de masas musculares, se manifiesta por una menor cantidad de esas enzimas y zimasas antagónicas del bacilo de Koch, que en los organismos bien musculados permiten una lucha y una resistencia mayor á la infección tuberculosa, y recuerda en apoyo de su opinión lo que el Dr. Marie ha demostrado, y es la proporción crecidísima, que la estadística arroja, de tuberculosos en los amputados.

DR. LEOPOLDO E. CALVILLO.

SECCION XXX.

BIBLIOGRAFIA

Précis d'alimentation des jeunes enfants (état normal, états pathologiques), par le Docteur EUGENE TERRIEN, Chef de Clinique de la Faculté a l'Hôpital des enfants malades. Preface de Mr. le Professeur Grancher. Un volume in-16 de 236 pages. Prix: 3 francs. G. Steinheil, éditeur, 2 rue Casimir-Delavigne. Paris. VI.

En este libro el autor se ha esforzado para exponer de una manera clara y precisa los principios fundamentales de una buena alimentación, queriendo ante todo hacer un libro de práctica médica, por lo cual ha reducido al mínimum ó eliminado las nociones teóricas no indispensables. Su objeto es instruir al médico principiante y á la madre joven en el difícil arte de la puericultura, trátese de un niño sano y bien constituído, ó bien de un niño enfermizo. Por ello se divide en dos partes la obra. La primera parte se ocupa del niño normal, tratando de la lactancia, del destete y del empleo de las primeras papillas. Un punto ha estudiado el autor con especialidad: la dificultad de tener siempre presentes á la memoria las cifras relativas á la curva de los pesos y cantidades de leche que deben darse en cada vez y diariamente, etc. Empeñándose en resolver esta dificultad con algunas fórmulas claras, precisas y fáciles de retener, demuestra que, por medio de una sencilla operación, es posible recordar todos esos datos: peso del niño, cantidad de alimento que le corresponde según su edad ó su peso, etc. El autor no se limita al estudio de la lactancia, sino que abraza y se ocupa de la alimentación durante los primeros años de la vida.

En la segunda parte, Mr. Terrien aborda un punto aun más difícil: estudia sucesivamente las modificaciones que deben imprimir á la alimentación ciertas enfermedades, como la sífilis hereditaria, la debilidad congénita, las gastro-enteritis, las dispepsias, el estado de crecimiento retardado y anormal,

etc. Insiste, además, sobre el abuso de la leche en semejantes casos, porque siendo ésta el alimento normal y mejor para el niño sano, es á menudo un veneno para el niño enfermo. Y el régimen, sin embargo, de los niños de pecho enfermos es bastante complicado en la época moderna; pero Mr. Terrien señala claramente las oportunidades é indicaciones del caldo de legumbres, de la sopa malteada, del kefir, de la leche de Backhous, etc.

Para terminar este análisis, no podemos menos que señalar la autorizada opinión del Dr. Grancher, Profesor de Clínica infantil en la Facultad. Dice así: «Sin perder el tiempo en consideraciones extrañas á su objeto, el autor aborda sus temas con un estilo preciso y claro, no siendo uno de los más pequeños méritos de esta obra el haber evidenciado todos los métodos actuales de alimentar á los niños sanos y á los enfermos. No hay, á mi juicio, un solo médico que no pueda encontrar en la lectura de esta obra preciosas enseñanzas y un interés que va en aumento hasta la última página.»

Esta obrita puede pedirse por conducto de la Administración de la CRÓNICA MÉDICA MEXICANA, ó directamente al editor de ella.

Leçons de Clinique obstétricale (Première Série) par le Docteur QUEIREL, Professeur de Clinique obstétricale a l'Ecole de Médecine et de Pharmacie de Marseille et membre correspondant de l'Académie de Médecine. Paris. G. Steinheil. 2 rue Casimir Delavigne.

CONTENIDO.—De la antisepsia obstétrica.—Indicaciones y condiciones de una aplicación de fórceps.—Conducta que debe observarse en las pelvis viciadas.—De la basiotripsia.—Basiotripsia y sinfisiotomía.—La sinfisiotomía y el fórceps en el extrecho superior.—De la hematocele pelviana.—Embarazo extrauterino.—Sobre la obstrucción abdominal.—De la rigidez del cuello.—De la inversión uterina.—De la mola vesicular.—Trombus pediculado de la vagina.—De la procidencia del cordón.—Del cefalomatomo.—De la púrpura.—De la oftalmía congénita.—Tuberculosis y embarazo.—De la infección puerperal.

Un volumen en 8°, de 200 páginas, con trazos gráficos. Precio 6 francos.

Leçons de Clinique obstétricale (Deuxième série) par le Docteur QUEIREL, Professeur de Clinique obstétricale a l'École de Médecine de Marseille, membre correspondant de l'Académie de Médecine. Préface de Mr. le Professeur A. Pinard. Un volume in 8° de 240 pages. Prix: 6 francs. G. Steinheil, éditeur, 2 rue Casimir Delavigne, Paris. VI.

He aquí el resumen del contenido de las *Lecciones de Clínica obstétrica* del Dr. Queirel, que indudablemente atraerán la atención de todos los especialistas, que pueden pedirla directamente al editor, ó, si gustan, por intermedio de la Administración de la CRÓNICA MÉDICA MEXICANA:—De la sífilis bajo el punto de vista obstétrico.—Sífilis placentaria.—Influencia de la sífilis sobre el embarazo.—Tratamiento de la sífilis congénita.—Sífilis—Influencia recíproca de la sífilis y el embarazo.—Sífilis y lactancia.—Heredo-sífilis y su tratamiento profiláctico.—Histeropexia y puerperalidad.—Nefropexia.—Nefropexia y embarazo.—Quiste y gestación.—Quiste del ovario.—Embarazo triple.—Versión por maniobras externas.—Hemorragias por inserción viciosa de la placenta.—Muerte súbita durante la toracentesis en una mujer embarazada.—Flebitis gra-

vídica y *plegmatia alba dolens*.—Sinfisiotomía.—Operación cesárea.—Indicaciones de la sinfisiotomía.—Parto espontáneo en una mujer con estrechamiento pélvico, habiendo sufrido ya dos sinfisiotomías.—Dos operaciones de Porro.—Histerectomía vaginal y peritonitis supurada.—Diagnóstico diferencial de dos tumores de la fosa ilíaca derecha.

Estas clínicas, verdaderamente útiles al especialista, pueden pedirse directamente ó por intermedio de la Administración de la CRONICA MÉDICA MEXICANA.

Compendio de Obstetricia, para uso y régimen de las matronas, por PABLO DE ARENY Y DE PLANDOLIT, Profesor libre de Obstetricia y Ginecología, Médico de la casa de socorro, Profesor auxiliar de la Facultad de Medicina, Director de la *Medicina Práctica*. Obra ilustrada con profusión de grabados intercalados en el texto. Imprenta y Litografía de Jaime Sivit, Barcelona. Un tomo de 350 páginas. Precio: 5 pesetas.

Esta obrita, como lo indica su título, es un Compendio dedicado á las matronas ó parteras, que en un reducido espacio encuentran todos los conocimientos que les son indispensables para el ejercicio de su profesión. El autor, de una manera deliberada y en razón del objeto mismo que se propuso, ha evitado cuidadosamente el entrar en hondas é inútiles disquisiciones y teorías, limitándose á exponer con un lenguaje claro y preciso todos los datos que debe tener presente la comadrona ó el joven médico.

En manera alguna nos proponemos hacer un juicio crítico de esta nueva obra dedicada á la juventud estudiosa, pero no vacilamos en afirmar que es un Compendio útil y que se encontrará enteramente adaptado al objeto para el cual fué escrito por su ilustrado autor, que en la redacción de esta obrita, en el orden y método que ha seguido en ella y en su estilo positivamente didáctico, demuestra estar dotado de las cualidades indispensables para todo aquel que se dedica al magisterio.

La obra del Dr. Areny puede solicitarse por conducto de la Administración de la CRÓNICA MÉDICA MEXICANA.

DR. E. L. ABOGADO.

Manual práctico de Masaje, para uso de médicos y practicantes, por D. ANGEL DE DIEGO FERNÁNDEZ, Socio Corresponsal de la Sociedad española de Higiene y del Instituto Médico Valenciano; ex-Director, redactor y colaborador de periódicos profesionales, etc., etc. Madrid. Puerto y Lozada, Impresores. Minas 30. 1905. Precio: 5 pesetas.

Esta utilísima obrita tiene el mérito no muy común de hacerse interesante desde la primera página y de que la lectura de toda ella se deslice como si fuese simplemente una obra literaria; tan ameno y fácil es el estilo con que ha sido escrita por su ilustrado autor que evidentemente ha prestado un servicio á nuestra profesión, definiendo la esfera de acción de este moderno y útil método terapéutico que en frecuentísimos casos es aplicable como eficaz tratamiento de muchas afecciones. Es breve, sin divagación de ningún género, «sharp and to the point» como dicen nuestros vecinos y encierra en sus 340 páginas todas las enseñanzas precisas para una aplicación metódica y oportuna del masage. La lectura y estudio de esta obrita á la inmensa mayoría de los médicos en ejercicio, nos abre horizontes no entrevistos ni sospechados, pues

por regla general el masage es conocido superficialmente y no se tiene una idea precisa de los servicios que puede prestar. Y, sin embargo, cuántas veces al leer los cortos capítulos de esa obrita, se comprende la acción benéfica que el masage puede y debe ejercer sobre órganos en determinadas condiciones patológicas....

La obra del Dr. de Diego Fernández será bien aceptada por la profesión, estamos seguros de ello, y para favorecer su adquisición á nuestros lectores, ponemos á sus órdenes la mediación de la CRÓNICA MÉDICA MEXICANA por conducto de cuya Administración puede pedirse á la Casa Editora.

DR. E. L. ABOGADO.

NOTAS.

SOCIEDAD OFTALMOLOGICA MEXICANA.—SEGUNDA REUNION ANUAL.

Oportunamente recibimos la comunicación siguiente, pero el excesivo recargo de material que hemos tenido, nos impidió publicarla en los anteriores números.

Vivamente deseamos un éxito completo á la Segunda Reunión Anual de esa ilustrada Sociedad.

«México, Diciembre 10 de 1904.—Muy estimado compañero:

«La primera reunión anual de la Sociedad Oftalmológica Mexicana, que se verificó los días 27 á 31 de Marzo de 1903, obtuvo un éxito que sobrepujó en mucho á nuestras esperanzas, tanto desde el punto de vista científico, dado el gran número de memorias presentadas y lo interesante de las discusiones que aquellas suscitaron, como desde el punto de vista profesional, poniendo en contacto á los especialistas de diversos puntos de la República, y haciendo aprovechar á todos del cambio mutuo de ideas y de la experiencia personal de cada uno, *desideratum* de estas ferias científicas, que estimulando á todos al trabajo, se traducen siempre en una mayor suma de elementos que aplicar á la cabecera del enfermo.

Siendo el objeto de la Sociedad hacer progresar la Oftalmología en México y desarrollar el gusto por esta noble especialidad, se ha propuesto reunir en su seno, no sólo á los oculistas propiamente tales, sino á todos los médicos generales que teniendo gusto por la Oftalmología, deseen cultivarla y ponerse al corriente de las últimas ideas en una forma fácil y práctica y en el menor tiempo posible.

Conforme á las prescripciones del reglamento de las reuniones anuales (del cual tenemos el gusto de adjuntar á Ud. un ejemplar), la Sociedad ha acordado que la Segunda Reunión Anual tenga lugar en la Ciudad de México, los días 2 á 7 de Mayo de 1905.

La Comisión Organizadora, en nombre de la Corporación y el suyo propio, tiene el honor de invitar á Ud. á que concurra á dicha reunión, y le quedará muy reconocida si se sirve indicarle, lo más pronto que le sea posible, el título del trabajo que se proponga leer, ó las observaciones clínicas ó terapéuticas que desee comunicar á la Sociedad, para formar con tiempo el programa preliminar. Le suplicamos también se sirva enviarnos con dicho título

un breve resumen del trabajo, lo que facilitará en gran manera las discusiones y las hará más fructuosas.

Nos permitimos también excitar á Ud. especialmente, para que, además de los temas oficiales, contribuya con trabajos personales al mejor éxito de esta reunión, que esperamos levantará aun más el buen nombre de que goza la Sociedad tanto en el país como en el extranjero, en donde se ha ocupado extensamente la prensa especialista de diversos países de los trabajos presentados en la Primera Reunión.

Desearíamos igualmente que la descripción de instrumentos nuevos y la presentación de piezas anatómicas y cortes histológicos ocupara el lugar que le corresponde entre los medios de estudio objetivos, y ojalá que nuestros consocios, apoyando esta idea, nos remitieran cuanto de interesante puedan tener en esta materia.

Siendo esta segunda reunión debida, como la primera, á la iniciativa privada de los miembros de la Sociedad, la Comisión no puede, desgraciadamente, ofrecer á sus colegas de fuera un programa de diversiones que compensara en parte las fatigas de un largo viaje y sirviera de merecido descanso á los trabajos de orden profesional; se esforzará, sin embargo, en hacerles agradables los días que permanezcan en la ciudad, y se arregla ya, además de la comida oficial, una recepción en honor de nuestros huéspedes.

Encontrará Ud. adjunta una lista de los temas oficiales con los nombres de los ponentes que han de tratarlos. Si no es Ud. aún miembro de la Sociedad, esperamos que dicha lista le dará idea de las labores de la Reunión y lo decidirá á contribuir con sus luces al progreso y desarrollo de la Oftalmología nacional. En este caso, sírvase Ud. llenar el esqueleto adjunto de *Miembro asociado* para las reuniones anuales, ó el de *Miembro correspondiente*, si desea conservar su liga con la Sociedad todo el año, devolviéndolo en seguida al Secretario.

En espera de su respuesta, nos es grato ofrecer á Ud. las seguridades de nuestra consideración más distinguida.»

La Comisión de Organización.

"MÉXICO MÉDICO."

Tenemos el gusto de anunciar á nuestros lectores que próximamente aparecerá un nuevo colega con el título que encabeza este párrafo, editado y dirigido por nuestro estimado amigo y compañero, el Sr. Dr. Ricardo Suárez Gamboa, uno de nuestros ilustrados Jefes de Redacción. Inútil es decir que damos al nuevo colega la más cariñosa bienvenida, deseándose todo el éxito á que es acreedor.

SUMARIO.

Secciones I y III.—Algunas palabras acerca de la anatomía del ciego y del apéndice cecal y ligeras consideraciones fisiológicas á propósito de este último órgano, por el Dr. Daniel García, de Guadalajara, Jal. (Concluirá.)—Sección V —Receptividad palúdica, por el Dr. J. F. Romero. (Concluye.)—Sección XVII.—*Terapéutica*. Gripa. Iniciación benigna y resultados fatales. *Tratamiento*. Por el Dr. E. L. Abogado.—Sección XXIV.—Breves consideraciones referentes á los preparados farmacéuticos denominados «Tinturas.» por el Prof. Enrique G. Puente.—Sección XXVIII.—Revista de la Prensa Médica Extranjera por los Dres. Everardo Landa y Leopoldo E. Calvillo.—Sección XXX.—Bibliografía.—Notas.

Tomo VIII. México, Junio 1º de 1905. Núm. 6

CRONICA MEDICA MEXICANA

REVISTA DE MEDICINA, CIRUGIA Y TERAPEUTICA

(ESPECIALMENTE ALCALOIDOTERAPIA Y SEROTERAPIA)

—Y—

ORGANO DEL CUERPO MEDICO MEXICANO.

DIRECTOR PROPIETARIO

DR. ENRIQUE L. ABOGADO,

Miembro correspondiente de la «Societé Obstétricale de France, París» y honorario de la «Societé de Thérapeutique Dosimétrique de París.

JEFES DE REDACCION:

Dr. Barreiro Manuel.—Ex-Jefe de Clínica de Obstetricia de la E. N. de Med.

Dr. Duque de Estrada, Juan.—Profesor adjunto de Obstetricia de la E. N. de Med.

Dr. Mejía, Demetrio.—Profesor de Clínica Interna (3er. año) de la E. N. de Med.

Dr. Suarez Gamboa, Ricardo.—Cirujano del Hospital *Morelos*.

Dr. Vazquez Gomez, Francisco.—Profesor de Patología Externa de la E. N. de Med.

Dr. Zarraga, Fernando.—Profesor adjunto de Obstetricia de la E. N. de Med.

Sres. Dres. Manuel Carmona y Ramon Reynoso.—Sección de Medicina y Cirugía Dental.

Prof. Juan B. Calderon.—Preparador de Farmacia é Hist. de Drogas de la E. N. de Med.

Prof. Jose de la L. Gomez.—Sección de Medicina Veterinaria.

SECCIONES I Y III.

ALGUNAS PALABRAS

ACERCA DE LA

ANATOMIA DEL CIEGO Y DEL APENDICE CECAL

Y

LIGERAS CONSIDERACIONAS FISIOLOGICAS A PROPOSITO DE ESTE ULTIMO ORGANO

Por el Dr. Daniel Garcia,

De la Facultad de México, Teniente Coronel Médico Cirujano del Cuerpo de Sanidad Militar, Director del Hospital Militar de Guadalajara, Premiado por la Secretaría de Guerra y Marina, ex-Catedrático de Anatomía en la Escuela de Medicina de San Luis Potosí, Miembro de diversas Asociaciones científicas del país y extranjeras, etc. etc.

(Concluye.)

La secreción del intestino grueso, es un líquido alcalino, muy parecido al jugo del intestino delgado y muy rico en mucina; parece estar desprovisto de fermento y carece de acción sobre las substancias alimenticias.

En el cadáver, el líquido vermicular, según las observaciones que he hecho en multitud de apéndices normales y en individuos de diversas edades, es viscoso; de reacción, color y olor variables.

Voy á exponer someramente el resultado de mis observaciones.

Coloración. En unos ha sido rojiza amarillenta, en otros ha sido morena, ambarina en algunos y en no pocos opalina; rara vez he observado el líquido limpio y transparente. *Olor*. En algunos se ha desprendido el olor de las materias fecales más ó menos marcado, en otros ha habido un olor especial que no he encontrado á qué compararlo y en muchos no he encontrado olor de ninguna especie. El olor me parece que está en íntima relación con la exis-

tencia de materias colorantes. *Reacción*. Unas veces completamente neutra, otras alcalina, y muchas veces ácida; acidez que en algunos casos es apenas perceptible y en otros muy marcada; estas reacciones parecen estar ligadas á la presencia de las materias colorantes. *Cantidad*. Muy variable, el máximum que he encontrado ha sido de cuatro gramos; en algunos he encontrado cantidades pequeñísimas, hasta de menos de un gramo. *Consistencia*. Viscosa por lo general, á veces suele presentarse en grumos más ó menos consistentes, casi como el sagú cocido.

Analicemos estos hechos.

¿A qué se debe la coloración? En mi humilde concepto á materias colorantes de origen fecal, que han franqueado la válvula ó repliegue de Gerlach; esto explica la variedad de coloración.

¿A qué es debida la reacción ácida? Yo creo que á los ácidos orgánicos de origen fecal, arrastrados con las materias excrementicias que han franqueado la mencionada válvula de Gerlach.

¿Por qué en algunos casos la reacción es alcalina? Porque el ciego ha estado vacío, hasta cierto punto; y las pocas materias que podría contener no serían suficientes para vencer la tonicidad del repliegue de Gerlach, y el líquido contenido en la cavidad vermicular, es la secreción pura, genuina, de la mucosa del apéndice, como veremos después.

¿Qué interpretación podemos dar á la consistencia viscosa, grumosa del contenido del apéndice, cuando sabemos que es distinta la consistencia del líquido que secretan las glándulas en tubo ó de Lieberkuhn? Yo me inclino á creer que es un fenómeno cadavérico. Los apéndices que he estudiado han sido extraídos del cadáver 24 horas después de la muerte; en este espacio de tiempo es muy posible que se haya infiltrado en los tejidos ambientes parte de la agua de composición del moco secretado. No me parece absurda esta suposición.

Puesto que hemos hablado de la mucosa, es muy justo que le dediquemos algunas palabras al repliege ó válvula de Gerlach. Prometo ser conciso para no agotar la paciencia de mis compañeros.

Ante todo, recordemos que la válvula ó repliegue de que nos vamos á ocupar ha sido objeto de opiniones discordantes.

Los Sres. Beaunis et Bouchard, dicen: «.... se le ha descrito una válvula en su orificio cecal; nunca he visto á este nivel sino un pliegue que la tracción hace desaparecer.»

El Sr. Tillaux, dice: «El orificio apendicular presenta en su mitad superior solamente, un pliegue semilunar al que se le ha atribuído el papel de válvula (Gerlach). En mi curso he demostrado la existencia de él en ciegos desecados después de la insuflación y lo creo constante; pero llena muy mal su papel de válvula y no me parece tener sino una muy mediana importancia en la especie.»

El Sr. Testut, en su espléndida obra de Anatomía humana, dice lo siguiente á este respecto: «La mayor parte de los anatómicos, según Gerlach, señalan al nivel del orificio por el que desemboca en el ciego el apéndice, la existencia de una válvula, circular ó semicircular que lo retrae más ó menos. Sin rechazar por completo como lo hace Clado, la válvula del apéndice, la considero como completamente excepcional. Laforgue declara no haberla encontrado sino dos veces en los 200 individuos que ha examinado y hace notar también que en los dos casos, su existencia coincidía con la presencia, en el

canal apendicular y un poco atrás de su desembocadura, de una concreción intestinal.»

Yo, respeto mucho lo que dicen tan reputados maestros; yo, el último, el más humilde, el más insignificante de los que se han dedicado al estudio de la Anatomía y poco experimentado en tan importante ramo, tal vez muy mal observador, voy á exponer lo que he visto, lo que me consta, que sin pretensiones de ningún género someto al criterio de mis ilustrados compañeros, protestando con toda honradez que si mis observaciones son erróneas, me disculpará por lo menos la buena fe con que las he hecho.

El repliegue de Gerlach no se presenta siempre con los mismos caracteres; pero su existencia me parece constante. Unas veces es apenas perceptible y otras es bastante aparente; unas veces ocupa más de la mitad del orificio apendicular, otras ocupa un tercio solamente; de cualquier modo que sea, la mucosa á este nivel es siempre más gruesa, más consistente, más rica en elementos glandulares.

Hágase un corte del órgano, en el sentido de su eje, con tijeras muy finas y provistas de botón; sin hacer uso de sonda acanalada, ni de estiletes y empezando precisamente por la extremidad libre; de la que se ha desprendido un centímetro poco más ó menos para facilitar sin tracciones de ninguna especie la introducción de la extremidad de las tijeras. En seguida se coloca el órgano sobre una planchita de madera y con toda suavidad, con todo cuidado, sin ejercer el menor estiramiento, se separan los bordes del corte y por su propio peso quedarán fijos, sin necesidad de asegurarlos con alfileres. Para asegurar su fijeza y para limpiar la mucosa de su contenido, se hace caer sobre ella un tenue chorrito de agua, por expresión de una bolita de algodón empapada en el líquido. Así es como preparo mis piezas para estudio. Nunca he empleado la insuflación, ni mucho menos la desecación, porque ésta con seguridad haría desaparecer los repliegues, por resistentes que fueran en el estado fresco. Del modo indicado se nos presenta la cavidad apendicular, como se nos presenta la cavidad del intestino cuando practicamos un corte longitudinal para estudiar su mucosa. Con este procedimiento he estudiado y me he convencido plenamente de la existencia del repliegue de Gerlach, mostrándole á mis alumnos y á mis internos del Hospital. No creo haberles enseñado un disparate.

Hecha con todo cuidado la preparación, encontraremos casi siempre el repliegue de Gerlach y no sólo éste, sino algunos otros repliegues secundarios, unos apenas perceptibles, otros muy claros; unas veces en pequeño número, otras muy abundantes, repliegues formados por la acumulación de elementos glandulares, quedando entre ellos un espacio más ó menos amplio y pobre relativamente en glándulas.

Si en un extremo de la preparación, del lado de la válvula, fijamos unos alfileres y por la otra extremidad ejercemos tracción, á medida que ésta sea más exagerada irán desapareciendo los repliegues y la membrana quedará reducida á una superficie granulosa é irregular si cesa la tracción; se habrán borrado por completo los repliegues, persistiendo el relieve irregular de las granulaciones; el repliegue de Gerlach desaparece también; pero quedan casi siempre huellas de él que fácilmente recuerdan su existencia.

Es de notar, que en apéndices extraídos después de 24 horas de la muerte, todos los repliegues desaparecen á la menor tracción y algunas veces casi ni se ve el principal; y sobre todo para observar los repliegues secundarios es

preciso extraer el apéndice poco tiempo después de la muerte: éste me parece un requisito indispensable para una buena preparación. En apéndices de este género no es extraño observar que los repliegues no desaparecen sino después de varias tracciones, lo que me ha inducido á creer que en el vivo probablemente están dotados de una consistencia más ó menos firme y de una tonicidad especial por consiguiente.

Dada la estructura del apéndice, que en realidad es la misma que la del ciego, como éste necesitará entre otros elementos de primer orden para su funcionamiento completo, un excitante, como necesitan todos los órganos ricos en glándulas, el influjo nervioso y el aflujo sanguíneo.

El excitante del intestino grueso es la papilla fecal que ha traspasado la válvula de Bauhin. El excitante del apéndice será también la misma papilla puesto que la desembocadura del apéndice está cuando más á dos ó tres centímetros abajo de la válvula íleo-cecal.

Excitadas las paredes del ciego, por la relación íntima que tienen con los elementos del apéndice, tendrán que funcionar también los elementos de éste.

Antes de que llegue la papilla fecal, las paredes del ciego estarán contraídas más ó menos y siempre lubrificadas por la mucosidad secretada por su aparato glandular. La mucosa del apéndice que hemos visto es tan rica en glándulas, secretará también á su vez su mucosidad propia que se irá acumulando en su cavidad.

Llega el excitante: la papilla fecal; su presencia obedeciendo á ineludibles leyes fisiológicas determinará los movimientos que correspondan á la dirección de las fibras; el aflujo sanguíneo determinará mayor actividad en el aparato secretor y el influjo nervioso será el poderosísimo regulador de tan maravilloso conjunto.

En estas condiciones ¿qué debemos esperar? Que las contracciones vermiculares del apéndice ó peristálticas, produzcan la salida, la expulsión, la evacuación de lo contenido en su cavidad que naturalmente se depositará en el ciego y vendrá á aumentar la lubrificación del colon que con el producto de sus glándulas propias y funcionando activamente envolverán las materias fecales y facilitarán de un modo admirable el deslizamiento de estas á lo largo del colon ascendente sin que éste haga esfuerzos extraordinarios para el avance, como sucedería si las cosas pasasen de otro modo y más si recordamos que desde el ciego empieza la absorción del agua de la papilla fecal que poco á poco va tomando la consistencia que todos conocemos.

El papel fisiológico del apéndice es, pues, secretar mucosidad que en su oportunidad se depositará en el ciego. El papel fisiológico del líquido apendicular es aumentar los elementos de lubrificación para facilitar el deslizamiento del bolo fecal en el difícil trayecto del colon ascendente, en que tiene que luchar contra la acción de la pesantez. Si la naturaleza no hubiera dotado de suficiente líquido lubrificador á esta porción del intestino, tendría que hacer poderosos esfuerzos para vencer la resistencia y llevar el bolo al colon transverso en que por su misma disposición se comprende que ya las cosas pasarán de otro modo; la abundancia de líquido lubrificador hace que no tengamos cólicos cada diez y seis horas por lo menos, porque la energía de las contracciones está suplida con el exceso de moco y el exceso de moco no tiene otro origen que el apéndice vermicular.

Precisamente por la ayuda poderosa que el líquido apendicular le presta al ciego para su funcionamiento, la naturaleza no acumuló en éste todo un

enorme caudal de glándulas. Hagamos abstracción del apéndice y de su líquido y consideremos sólo al ciego con el elemento glandular de que puede disponer. Al llegar la papilla fecal al ciego, excita la secreción glandular; pero esta secreción no se produce instantáneamente, no es rápida, no es como una eyaculación, tiene que producirse poco á poco en virtud del excitante, y mientras se produce en la cantidad necesaria, la cavidad cecal estará ocupada el tiempo necesario hasta que esté en condiciones de poder continuar su camino sin obstáculo el bolo fecal. Como el intestino delgado está depositando en el ciego con cierta intermitencia su contenido, si llega nueva cantidad de papilla y la anterior no ha sido expulsada, el ciego quedará repleto; y como nuevas cantidades tendrán que llegar, naturalmente éstas reclamarán á su vez la mucosidad que les corresponde y llegará un momento en que tendrá que haber por parte del órgano sobrecarga de trabajo y por lo mismo sobreactividad extraordinaria del aparato secretor que terminará por la astenia del órgano y tras ésta vendrá el atascamiento, el cólico y demás accidentes que es fácil concebir.

Supongamos ahora que el aparato secretor del ciego produjo la cantidad de moco suficiente para envolver el bolo fecal y poder expulsarlo; una vez expulsado, el ciego disminuirá su secreción porque ha dejado de estar bajo la influencia del excitante, para trabajar con nueva actividad en el momento en que llegue nueva cantidad de materia, que á su vez será expulsada cuando esté en condiciones de hacerlo. Está fuera de duda que la actividad secretoria no es continua. Ahora bien, entre una y otra expulsión habrá necesariamente un espacio de tiempo en relación con la actividad secretoria, y para evitar atascamientos cecales por falta de líquido lubrificador, el íleon tendrá que hacer su depósito de papilla en el ciego de una manera periódica, enteramente regular, enteramente de acuerdo y subordinada por completo á las necesidades del ciego; es decir, las contracciones del íleon estarían de tal manera ligadas al funcionamiento del ciego, que éste tendría que indicar al íleon, de alguna manera, el momento en que estaría listo para recibir nuevo contenido; es decir, para verificarse la defecación interna, como la llaman algunos fisiologistas. Para que esto sucediera, la naturaleza tendría que haber modificado el plan sobre que construyó al íleon y al ciego. Evocando la ayuda del apéndice vermicular, los hechos se explican más fácilmente: excitado el apéndice por la presencia de la papilla fecal, deposita su contenido y aquella envuelta en éste, más ó menos, puede esperar á que las glándulas del ciego le completen, por decirlo así, la cantidad de moco que necesita para continuar el camino difícil que va á seguir. El apéndice es el depósito de mucosidad, es el almacén que tiene el ciego para no desequilibrarse en su cantidad de trabajo y llenar con todo orden y regularidad sus funciones.

Sabemos que hay entera independencia en el funcionamiento de los dos intestinos y es un hecho comprobado que las contracciones del intestino delgado no se propagan ni al estómago ni al intestino grueso, se detienen en el píloro y en la válvula íleo-cecal, así como las excitaciones del intestino grueso ó del estómago no se propagan al intestino delgado, se detienen en el píloro y en la válvula de Bauhin.

El íleon termina su papel expulsando su contenido al través de la válvula íleo-cecal por medio de sus contracciones peristálticas; sin tener en cuenta si en la cavidad cecal habrá ó no líquido vermicular ó líquido cecal; ha llenado sus funciones especiales, ha cumplido su cometido; y como independiente, al

intestino grueso le toca llenar las suyas. Dijimos que la actividad secretoria del aparato glandular no era continua; efectivamente, esa actividad está sujeta á alternativas de aumento ó diminución en virtud de las circunstancias que se presenten: aumentará en presencia de los excitantes, disminuirá en ausencia de ellos; pero el hecho capital es que no dejará de funcionar porque tiene que lubrificar constantemente las superficies de los órganos: en el ciego la ancha superficie que todos conocemos, en el apéndice la pequeña que le es propia, y en este último por su disposición anatómica se acumulará esperando sólo el momento oportuno para verterlo en el ciego. Y este es por cierto un momento oportuno para recordar una particularidad anatómica: las glándulas acinosas del canal excretor que se abre en las depresiones de la mucosa, son más numerosas en el ciego que en el resto del intestino grueso; pero en el apéndice cecal forman una capa casi continua.

Hay un hecho de observación en que debemos fijarnos:

La inflamación del apéndice en la mayoría de los casos es debida á la obstrucción de su cavidad por cuerpos extraños que no hay necesidad de enumerar y alternativas de constipación y diarrea son casi siempre los precursores del síntoma dolor. Después se establece la constipación como predominante y en no pocos casos se localiza el meteorismo que la acompaña produciendo el timpanismo cecal.

La constipación es mucho más frecuente que la diarrea en las tiflitis primitivas, dice el Sr. Jaccoud.

La constipación tenaz, habitual, es muchas veces la voz de alarma para sospechar que padece el apéndice y que no está lejos el momento en que, mediando circunstancias especiales, se presenten fenómenos de otro orden constituyendo una tiflitis.

Hay casos gravísimos de tiflo-peritiflitis que no tienen más desenlace que la muerte en que á la constipación ha sucedido una diarrea abundante; pero las deyecciones van mezcladas con pus, con sangre, etc., indicando elocuentemente los gravísimos trastornos de que es sitio el intestino.

¿La constipación será solamente de origen reflejo por contigüedad y similitud de tejidos?

Esto en mi humilde concepto es muy discutible, dado el hecho de que la constipación es precursora y predomina con alternativas de diarrea antes de que se hagan sensibles los caracteres de la tiflitis; yo creo que una vez establecida ésta, forzosamente tendrán que sucederse los fenómenos de que nos da cuenta la Patología general; pero antes creo que el ciego tendrá que extrañar el aflujo del líquido vermicular y manifestar su falta de alguna manera.

Cualquiera que sea el origen de la afección apendicular, este órgano ya no funcionará como he supuesto que funciona, es decir, ya no vertirá su contenido en la cavidad cecal porque á ello se opondrán los cuerpos extraños acumulados ó porque el engrosamiento de la mucosa ha disminuído la cavidad, que si en el estado normal es tan pequeña (pues cuando más tiene tres ó cuatro centímetros cúbicos y eso en los más largos, como en el de diez y siete centímetros, según mis medidas), en el estado patológico llegará á ser virtual.

¿Se puede suponer que haga falta en el ciego el líquido apendicular? Yo creo que sí y mientras la naturaleza con su gran sabiduría compensa esta falta, se presentarán, como es natural, desórdenes en el funcionamiento del intestino.

Si los medios de que la naturaleza se vale para contrarrestar aquella falta

no son suficientes porque hayan mediado circunstancias determinadas, predominará cierto orden de fenómenos y se presentará la tiflitis con todo el cortejo de síntomas que sabemos y tendrán lugar en la contigüedad de los tejidos los trastornos consiguientes con sus manifestaciones que les sean propias.

Cuando todo el trastorno se ha reducido á cólicos apendiculares, á constipación más ó menos marcada y con los recursos del arte todo vuelve al orden, se restablece el regular funcionamiento del intestino porque se ha desobstruído el apéndice que trabajará sin obstáculos encontrándose en las evacuaciones provocadas el cuerpo del delito. Hace dos años fuí llamado para atender á un personaje de muy alta posición social, el cólico apendicular era marcadísimo, dolor muy vivo en la fosa ilíaca derecha y alternativas de diarrea y de constipación eran los principales síntomas. Databa el padecimiento de algunos días y como todo se reducía á meteorismo y ligero dolor en la parte lateral é inferior del abdomen, la persona aludida recurrió á los remedios caseros comenzando por las infusiones aromáticas sin ningún resultado. Como quiera que aumentaba la constipación y el dolor se acentuaba más, se administró un purgante salino que le produjo un efecto contraproducente; en esas circunstancias fuí llamado al lado del enfermo. Convencido de que padecía el apéndice, administré un purgante de aceite de ricino y glicerina; las deyecciones no se hicieron esperar y en ellas pude recoger cinco semillas completas y otras muchas despedazadas de la fruta que conocemos con el nombre vulgar de *granada de China*. Es de advertir que la expulsión se efectuó con las molestias consiguientes, no obstante que apliqué antes del purgante una embrocación con atropina.

Tengo la creencia de que las tiflitis en general, no son muy comunes. En el Hospital Militar de Tepic, en cinco años no tuve oportunidad de observar ningún caso. Las estadísticas del Hospital Militar de Guadalajara, en el mismo espacio de tiempo, no refieren sino dos casos que fueron operados. En el Hospital de Belén, según noticias que he recogido, en igual espacio de tiempo, se recuerdan dos ó tres casos de apendicitis operados por el hábil Cirujano D. Fortunato Arce. En la clientela particular no creo que sean muy frecuentes los casos; entre los médicos, excepcionalmente se refieren hechos clínicos relativos y en las sociedades médicas de nuestro país, pocos han sido los relatos que he leído. El notable Cirujano D. Gustavo Pagenstecher, que con tanto éxito se ha dedicado á la Cirugía abdominal, en la época en que ejercía en San Luis Potosí, me consta que operó cuatro apendicitis; es muy probable que en su consultorio de México haya practicado muchas más, dada su especialidad y espero ver alguna vez sus estadísticas que han de ser de positivo interés. Y estoy seguro que no serán menos las del reputado maestro D. Fortunato Arce.

Lo que sí creo muy frecuente y mucho más de lo que parece y estoy seguro de que habrá sido observado por casi todos nuestros compañeros, es la obstrucción del apéndice, generalmente por semillas de frutas, dando origen á fenómenos muy parecidos al del caso que he referido, obstrucciones pasajeras, obstrucciones que son vencidas por los esfuerzos de la naturaleza, ayudados por los recursos del arte.

Que el apéndice tiene sus medios de defensa, no cabe la menor duda. Analícese el repliegue ó válvula de Gerlach, los repliegues secundarios que he descrito, las fibras musculares, la red linfática, la capa epitelial, etc., etc., y á medida que avancemos en el análisis, se irá infiltrando en el espíritu la convicción de que el apéndice puede establecer una enérgica lucha para defen-

derse de elementos extraños. Por esa lucha que se establece contando con poderosos medios de defensa, es como se conserva el apéndice en medio de sus tempestades, es como sale victorioso multitud de veces contra cuerpos que han pretendido invadir su cavidad y por esa lucha no vemos todos los días *tiflitis;* se ven cuando el órgano ha agotado sus medios de defensa, cuando éstos han sido vencidos por la calidad y cantidad de los elementos extraños y entonces no le queda otro recurso que sucumbir, apareciendo entonces la *tiflitis* con su terrible cortejo y con una sola esperanza: la Terapéutica quirúrgica.

Ya que mencionamos este poderoso recurso de la Ciencia, surge de una manera natural esta pregunta: ¿Los que han sufrido la extirpación del apéndice vermicular y que han sobrevivido á los peligros que dicha operación presenta, en el supuesto de que el colon esté sano, las funciones del intestino grueso no se han resentido de la falta del apéndice?

Este es un punto interesantísimo y que deseo vivamente se estudie con detenimiento. Sólo un individuo he visto algunos años después de la operación, siempre sujeto á un régimen sencillísimo, padeciendo constipaciones al menor desorden, conservando siempre cierto enflaquecimiento y cierto tinte de su piel que de lejos indican que se nutre mal. Pero un caso para sentar una deducción nada vale; cuando más, despertará la atención para emprender nuevas y minuciosas observaciones.

En conversaciones con algunos compañeros, se me ha referido el hecho de algunos individuos que después de operados y todavía algunos años después de la intervención quirúrgica, cualquier alejamiento del régimen prescrito trae como consecuencia segura la constipación más ó menos molesta, más ó menos rebelde; así como también hay otros que poco tiempo después de operados han quedado perfectamente sanos y hasta suelen cometer sus abusos en comida y bebida, sin consecuencias notables.

Si las estadísticas recogidas con toda buena fe, con toda honradez profesional, sin preocuparse de determinado fin, llegan algún día á demostrar que predomina la constipación en los individuos que carezcan de apéndice, por haber sido extirpado y siempre que no haya habido lesiones serias en el intestino, se habrá avanzado mucho para concederle de una manera irrefutable al apéndice vermicular su importantísimo papel de colaborador del colon ascendente para el avance del bolo fecal en su camino más difícil.

Pongo punto final á este imperfecto trabajo, que debo suponer se encuentre plagado de errores; pero desde hace algunos años la Anatomía y la Fisiología del apéndice vermicular han despertado en mí positivo interés y si mis apreciaciones carecen de fundamento, que me disculpen mi buena fe y mi cariño inmenso á la Ciencia que profesamos, esperando la indulgencia del público médico, que mientras más ilustrado es más benévolo.

Guadalajara, Marzo 7 de 1905.

DR. DANIEL GARCÍA.

SECCION V.

PALUDISMO

PROFILAXIA Y TRATAMIENTO

Mucho se ha dicho—y con fe se ha puesto en práctica—que las pequeñas dosis de quinina, tomadas diariamente, preservan del paludismo. Las expediciones de mar y tierra que los países imperiales mandan á sus colonias donde reina el paludismo, imponen á sus soldados ó individuos que van á colonizar, la prescripción de tomar dosis que varían entre diez á ochenta centigramos diariamente. El resultado, dícese, es excelente; pero las estadísticas, que no se ponen de acuerdo para sostener estas afirmaciones, prueban lo contrario. Buscando en los partes de hospital rendidos oficialmente, se halla siempre un número crecido de sujetos que van por paludismo á estos asilos. ¿Cuántos más habrá que pueden mantenerse en pie, conllevando la enfermedad?...

Al hacerme cargo de la Delegación Sanitaria de este puerto, en Febrero de 1898, puse en práctica esa medida conmigo mismo y con mi familia; pero en vista del poco resultado que dieran las dosis de diez á treinta centigramos de quinina, tomadas diariamente, decidí aumentar dichas dosis, consiguiendo sólo llegar á hacerlas intolerables en pocos días, sin prevenir los ataques sino en un espacio de tiempo relativamente corto: tres días cuando más, después de la última dosis. ¡Tan ineficaces han sido, que he perdido dos hijos, á pesar de estas dosis y de las máximas que tomaban en su oportunidad; y tengo un hijo de seis años, nacido aquí, que sufre con la misma frecuencia que los demás niños que no toman dosis preventiva, sus accesos de paludismo! Tal vez he conseguido que éstos sean menos graves, pues viven los demás, pero aun esto es discutible.

Hace siete años que presto mis servicios á la familia de Dª J. H., nativa de este puerto; y á pesar de que esa señora se cura con admirable constancia, lleva un enorme bazo desde que la conozco; y desde que tengo microscopio he comprobado en su sangre la presencia de plasmodios.

Entre las honorables personas que han visitado y honrado mi pequeño gabinete, citaré al Dr. Siegrist, no ha mucho Delegado del Consejo Superior de Salubridad en un puerto, quien pudo cerciorarse por sí mismo de que, á pesar de las dosis preventivas de quinina que tomaba, llevaba el plasmodio de Laveran.

Salvo que el parásito del paludismo en Manzanillo sea por desconocidas circunstancias, de vida más resistente, mi opinión es que las pequeñas dosis de quinina no constituyen un seguro preventivo, y que las macizas son intolerables al cabo de cierto tiempo; que las primeras no previenen ni curan, sino que modifican y acrecen la resistencia orgánica, ó disminuyen la virulencia del plasmodio; que las dosis macizas sólo curan la presente infección, pero no previenen la siguiente.

Por lo demás, basta tomarse la pena de reflexionar un momento sobre el modo de obrar de las sales de quinina en el organismo y su acción sobre los plasmodios y duración de ésta, para comprender que es perfectamente lógico lo que sucede. La quinina tiene una acción bactericida directa sobre los plas-

modios, sobre los cuales obra presencialmente, y otra indirecta ó refleja, tonificando el organismo y aumentando su resistencia á la acción deprimente de las toxinas. Para que se cumpla la primera, es necesario que la dosis sea suficiente, maciza; no así para la segunda; pero la sola acción tónica que desarrolla en el organismo, no es suficiente para suspender la evolución, para aniquilar la vida del plasmodio, puesto que la infección se verifica en los sujetos aun muy robustos y fuertes; luego la dosis eficaz es la maciza ó alta, y ésta termina con la eliminación de la sal. Las pequeñas dosis favorecen la continuación de la obra destructora por los leucocitos sobre parásitos ya debilitados; pero los leucocitos solos, por muy abundantes y vigorosos que se les suponga, no pueden en un medio palúdico extinguir la infección. Las dosis macizas, continuadas indefinidamente, son intolerables.

El arsénico, el fierro, etc., etc., todo el grupo de los reconstituyentes, sólo pueden ser tolerados en el organismo á pequeñas dosis, ó, mejor dicho, á dosis en que sólo obran como el epíteto de su clasificación lo indica: no previenen; atenúan.

Entre los alterantes, el grupo yódico tiene una especial acción sobre los neoplasmas por el metabolismo evolutivo que provocan y sostienen los yoduros—los de potasio y sodio por tipos—por la excitación que llevan á los fagocitos, etc., etc. Por eso el uso del yoduro da tan brillantes resultados en los infartos del bazo y de otras glándulas, cuando tales desarreglos provienen del paludismo; pero esto es corregir, curar, no prevenir.

Los amargos, que tan eficaz acción tienen sobre las bacterias vegetales y sobre los hematozoarios también, y tomando por tipo la cuasia, son bastante poderosos hasta para detener la evolución del plasmodio y favorecer su extinción; pero no previenen.

Por consejo del inolvidable Dr. Abundio Aceves, que con tanto acierto desempeñó la Clínica de niños en el Hospital de San Miguel de Belem, en Guadalajara, usé por mucho tiempo contra el paludismo en los niños algunas de sus fórmulas empíricas: cocimiento de limones verdes y sasafrás; infusiones de cuasia y hojas de eucaliptus; de cuasia en alcoholados de ajenjo y anís, etc. Estas me dieron buen resultado en casos leves de paludismo en Guadalajara, Morelia y Autlán, principalmente en los niños; pero no sólo fracasaba con ellas en casos serios en aquellas poblaciones, sino que en esta costa me han resultado inertes como curativas y perfectamente inútiles como preventivas.

En mi concepto, la medicina ó el medicamento preventivo deberá tener la propiedad de conferir á la sangre un poder bactericida, duradero por veinticuatro horas cuando menos, y ser perfectamente tolerado, tanto por los órganos que se prestan á su introducción como por el organismo, que por extensión sufre su acción. Este medicamento no existe.

Algún colega me preguntaba si había ensayado las inyecciones de suero tomado de un palúdico. Creo que no meditó su pregunta, pues esas inyecciones el mosquito se ha encargado de ensayarlas, con los resultados desastrosos que conocemos, y sería inútil inyectar la toxina tomada de otro sujeto, cuando la formada y acostumbrada á llevar por el paciente no le basta.

Se deja ver por lo expuesto que el único medicamento heroico, consagrado por la legión médica, es la QUININA, para exterminar al parásito. No

creo inútil repetir ahora lo que en anteriores artículos fundé[1] sobre la justificada preferencia que debe darse á las sales más solubles y que mayor cantidad del alcaloide contienen; sin preocuparse de buscar adecuación entre la sal y la modalidad del ataque palúdico, pues se corre el riesgo de perseguir el humo, respetando el fuego. Una sola excepción tengo para mí, y en raros casos digna de respetarse: la del Valerianato de quinina en las neuralgias del trigémino. Sin embargo, hay otras asociaciones medicamentosas preciosísimas que dan mejores resultados: la de la hioscianina, aconitina, estricnina y sulfato ó valerianato de quinina.

Por regla general, mis fórmulas son las siguientes:

En los adultos:

Clorhidrato de quinina	1.00 gramos.
Acetanilida	0.40 —
Sulfato de estricnina.	0.003 —
Extracto de belladona	0.03 —

Dosis para 24 horas, tomada en el espacio de seis horas.

Para los niños:

Clorhidrato de quinina	según edad.
Acetanilida	
Brucina	

Esta preparación tiene la ventaja de poder ser administrada durante el acceso, cuya duración acorta la acetanilida, sirviendo la estricnina ó la brucina para contrarrestar la acción deprimente de la toxina sobre el corazón y el cerebro. En cuanto á la belladona, lleva por objeto atenuar los molestos zumbidos de oídos; pero no le concedo gran importancia.

Combatido el acceso, preocúpome de eliminar las toxinas y de procurar la eliminación del pigmento y cadáveres del plasmodio, que van á engurgitar el bazo. Para esto procuro mantener abiertas las vías excrementicias y recrementicias—como se decía en mi tiempo. Así, aconsejo mantener la piel aseada por medio de fricciones con agua alcoholizada; doy preferencia á los purgantes salinos adicionados con algún catártico, que renuevan el suero sanguíneo y mueven la función hepática. Aconsejo las frutas y ensaladas de yerbas, que contienen ácido oxálico ó cítrico, y prescribo el reposo, sólo interrumpido por un moderado ejercicio al sol. Suspendo por algunos días la carne como alimento, permitiendo caldos y consomé.

Doy grande importancia á la aereación del dormitorio; exijo que haya siempre mucha luz y las ropas se renueven después de cada acceso y diariamente.

Como fórmula predilecta para los infartos del bazo y ganglionares, prescribo:

Yoduro de potasio	0.30 gramos.
Yodo metálico.	0.01 —
Agua	60.00 —

Para tomar dos veces al día.[2]

1 Véase la CRÓNICA MÉDICA MEXICANA. Artículos anteriores sobre este mismo asunto.

2 La casa de Sharp & Dohme, de New York, me ha preparado todas estas fórmulas en elegantes pastillas que se conservan inalterables.

En el tratamiento de la anemia consecutiva al paludismo, prescribo:

Cacodilato de sosa.
Oxalato de fierro; y
Sulfato de quinina.

Para tomar dos veces al día, en dosis apropiadas.

En los casos perniciosos, en la forma hemorrágica, cualquiera que sea la vía de escape, prescribo la adrenalina, salvo contraindicaciones cardíacas, ya por la vía hipodérmica (1 gramo de solución de cloruro de adrenalina al 1 por 1,000, para cada inyección) ó por la boca, desde 1 á 3 gramos de la referida solución, en solución normal de cloruro de sodio, habiendo obtenido sólo dos fracasos en 49 enfermos. Pero en cualquier caso tengo como regla invariable no esperar un solo momento para administrar la quinina, *sea cual fuere la forma del acceso y el momento en que lo trato.* A esta regla debo el haber conservado mi propia vida en un ataque pernicioso de forma hematúrica.

En todo caso, no debe olvidarse de buscar la quinina en la orina, pues suele suceder que el mal estado de las vías digestivas deje pasar sin absorber esa sal, en cuyo caso, y mientras se corrige el padecimiento gastro-intestinal, debe administrarse por la vía hipodérmica.

Se me puede objetar que por qué no uso siempre y preferentemente la vía hipodérmica. Reservo para casos graves este recurso, no por el infundado y evitable temor de provocar un absceso, para lo cual basta la asepsia de la piel, la perfecta esterilización de la jeringuilla y la elección de una sal adecuada, es decir, perfectamente soluble en agua. Pero si ha sido bastante para huir de la quinina la pasajera sordera que sigue á su absorción y el pequeño malestar que produce en el estómago, el dolor de la inyección, añadido á éstos, la haría aborrecible, y el médico se vería pronto abandonado de estos enfermos.

En resumen, el tratamiento para el paludismo no ha recibido innovaciones justificadas: continúa siendo el clásico por las sales de quinina. La esplenomegalia palúdica debe ser tratada por los yódicos,[1] al principio; por el arsicodilo, cacodilato de sosa, etc., sus similares, y el oxalato de fierro ó cual-

1 Un notable médico de la Capital me propuso que ensayara contra esta esplenomegalia el *sulfato de cinconina;* así lo hice, pero su acción resultó inferior á la de los yódicos, y el medicamento menos tolerable.

NOTA.—Nosotros recordamos haber leído hace años un trabajo, muy extenso por cierto, presentado á la Academia de Medicina de París, por un médico de Beyrouth, en que se estudiaba y se recomendaba calurosamente el *sulfato de* CINCONIDINA (no de *cinconina*, cuya acción terapéutica es sumamente inferior á la de la quinina). En ese trabajo, en el que se cita un gran número de casos clínicos, se hace notar, según tenemos entendido, la acción eficacísima y superior aún á la de los yódicos de la *cinconidina* en la esplenomegalia.

Esa acción electiva é ignorada hasta entonces de esa sal quínica, fué precisamente la que dió origen á ese trabajo, por lo cual, tanto al estudioso é inteligente Dr. Romero, como á los médicos que ejercen en nuestras costas y en los lugares en que reina endémicamente el paludismo, nos permitiríamos recomendarles el uso de la CINCONIDINA para comprobar las afirmaciones del médico de Beyrouth, cuyo nombre no recordamos.

Aquí, en la Capital, vimos al Sr. Dr. Lavista prescribir en uno que otro caso de ese género, la cinconidina, pero ignoramos las conclusiones de su práctica.

E. L. A.

quiera otra sal fácilmente soluble y asimilable. Aquí si son muy recomendables las inyecciones hipodérmicas de soluciones arsenicales, que no producen dolor y aceleran mucho la curación.

Mantener en buen estado las vías de escape para los productos de desasimilación: piel, riñón, etc., las digestivas, sin olvidar la función hepática; y cuidar de mantener siempre alto el tono nervioso.

Y que el médico jamás olvide que debe administrar sin pérdida de tiempo el medicamento, sea cual fuere el momento en que se acerque al enfermo, y sea cual fuere la forma ó modalidad del acceso; que, elegida la sal más pura, más enérgica y más soluble que pueda tener á mano, prescriba dosis no menores de un gramo para los adultos; no inferiores á diez centigramos para los niños[1] desde un mes á un año; 20 centigramos desde un año á tres, y 40 centigramos desde 4 á 10 años. Repetir estas dosis tres días cuando menos, en serie no interrumpida, y desechar las combinaciones en que á costa de la actividad del alcaloide se obtiene la insipidez. Y, á ser posible, preferir la cubierta azucarada á la gelatinosa, que suele resultar insoluble.

Por último, sería de recomendar á todos los médicos que ejercen en lugares palúdicos, tuvieran como indispensable en su consultorio una sal de quinina, cuya pureza, solubilidad y riqueza alcaloidal les constara.

DR. J. F. ROMERO.

Manzanillo, Mayo de 1905.

1 He dado 10 centigramos de quinina á un niño de 10 días de nacido, sin tener que lamentar trastorno alguno consiguiente.

SECCION XVII

TERAPEUTICA

EL TRATAMIENTO MODERNO DE LA FIEBRE AMARILLA[1]

POR EL

DR. AGUSTIN M. FERNANDEZ DE IBARRA,
RESIDENTE EN LA CIUDAD DE NUEVA YORK.

Socio Corresponsal de la Real Academia de Medicina y Cirugía, de Barcelona;
de la Academia Médico-Quirúrgica Española, de Madrid;
del Círculo Médico Argentino, de Buenos Aires, de la Sociedad de Estudios Clínicos de la Habana,
y de la Asociación Médica de Puerto Rico;
Miembro de la Asociación Médica Americana de los Estados Unidos, etc.

Muchos son en verdad los tratamientos que para curar la fiebre amarilla se han recomendado hasta ahora, pretendiendo cada uno de sus distintos progenitores haber obtenido con el suyo un resultado maravilloso, y presentando para ello una serie de estadísticas confirmatorias de ese excelente resultado.

Ha habido quien haya preconizado las sangrías copiosas al comienzo de la enfermedad; hubo otros autores que ensalzaron con entusiasmo la diaforesis profusa, inducida ya por el calor artificial, ya con sudoríficos, ó empleando ambos medios á la vez; mientras que hubo quien, yéndose hasta el extremo opuesto, recomendó que se colocase al enfermo en lo que se llamó «una cámara

1 Esta monografía se acaba de publicar en inglés en los Estados Unidos, en la prestigiosa *Therapeutic Gazette* de fecha 15 de Abril de 1905.

dolar,» que en verdad no era otra cosa que una especie de refrigerador. El Dr. George M. Sternberg, de los Estados Unidos, inventó, elogió y recomendó la administración de una poción alcalina, adicionada con un poderoso agente microbicida (el bicloruro de mercurio), con el propósito de neutralizar la acidez de la orina y de los líquidos estomacales é intestinales que se arrojan al vomitar, y al mismo tiempo contener la propagación de micro-organismos en el conducto alimenticio. Varios otros médicos han pretendido la curación por medio de la inoculación de un virus atenuado, de lo que ellos han supuesto, con buena ó mala fe, que era el germen productor de la enfermedad; y recientemente el Dr. Bettencourt-Rodríguez, de la ciudad de San Paolo, Brazil, ha empleado las inyecciones subcutáneas de suero anti-ponzoñoso.

Pero de lo que sí no queda duda alguna, es de que hasta ahora todos estos métodos de tratamiento han resultado ilusorios y falaces, y de que el mejor modo que hasta hoy se ha encontrado de tratar un enfermo de fiebre amarilla, es poniendo sumo cuidado en combatir los síntomas individuales que se vayan presentando, auxiliado el médico por una enfermera inteligente, cuidadosa y eficaz.

Como la evolución de esta terrible enfermedad tiene una duración marcada, su curso no puede abreviarse con ninguna droga ó combinación alguna de varias. Por consiguiente, todo tratamiento «heroico» ó cualquier medicación demasiado activa, resulta á la postre perjudicial.

Es preciso considerar como peligrosos todos los casos, aunque así no lo revelen los síntomas, pues teniendo en cuenta las alteraciones patológicas que tanto en la sangre como en ciertos órganos viscerales, principalmente el estómago, el hígado y los riñones, se están produciendo durante el curso de la enfermedad, cualquier imprudencia, negligencia ó descuido involuntario puede precipitar un resultado fatal. Minuciosa observación profesional y sagaz atención y prudencia por parte de la enfermera ó persona encargada de asistir al enfermo, son siempre, por lo tanto, necesarias.

En aquellos lugares del hemisferio occidental que sufren la constante aparición en ellos de la fiebre amarilla durante el verano y por un período consecutivo de muchos años, se considera á esta temible enfermedad con la misma indiferencia que á cualquiera otra afección común. El tratamiento inicial en mayor boga en esos países es siempre un catártico. Casi todos los médicos viejos prescriben con ese objeto una buena dosis de aceite de ricino, con preferencia á un purgante mercurial ó salino; pero por lo general todos los prácticos jóvenes prefieren dar principio al tratamiento administrando 30 gramos de sulfato de sodio ó de magnesio.

Tuve ocasión de observar, durante la epidemia que de esta enfermedad azotó á la ciudad de Cayo Hueso, en la Florida, el año de 1887, que la regla general entre los médicos cubanos establecidos entonces en aquella población tropical de los Estados Unidos, era dar comienzo al tratamiento con un purgante salino, mientras que los médicos americanos é ingleses que allí ejercían su profesión, preferían administrar grandes dosis de calomelanos. Y lo mismo observé que hacían los cirujanos del ejército de los Estados Unidos, y los médicos de los regimientos de soldados voluntarios, durante mi servicio de dos años con esas tropas en la mortífera epidemia de fiebre amarilla que hubo que combatir á principios de la campaña en Cuba, en 1898. Yo por mi parte seguí invariablemente, y siempre con muy buen resultado, el sistema de mis paisanos, los médicos cubanos.

También noté entre mis compañeros profesionales del ejército y los voluntarios americanos en Cuba (cuya gran mayoría no había visto nunca un caso de fiebre amarilla, por no existir esa enfermedad en los Estados Unidos), que prescribían grandes dosis de quinina con el propósito falaz de reducir con ella la temperatura, y en la errónea creencia de que, como esta enfermedad en sus comienzos se asemeja á ciertas formas de paludismo, «le hace bien al enfermo» *(it does good to the patient)*, según dicen ellos, caso de que exista en su organismo algo de malaria.

Esta opinión es por completo ilusoria. La quinina no solamente no ejerce su acción específica defervescente en la fiebre amarilla, sino que, además, causa mucho daño, en primer término debilitando el corazón, cuya perfecta función fisiológica es entonces de suprema importancia, y en segundo lugar retarda la diuresis al aumentar la congestión que existe en los riñones.

Algunos de esos médicos militares, discutiendo el asunto conmigo, defendían la administración de una dosis maciza de quinina al principio del ataque, como un medio seguro de establecer el diagnóstico diferencial entre el paludismo y la fiebre amarilla. Pero este procedimiento no lo creo justificado, puesto que no hay absolutamente necesidad alguna de correr con ello tanto riesgo.

En un trabajo que sobre el diagnóstico de la fiebre amarilla publiqué yo en el periódico de medicina titulado *The Medical News*, de Filadelfia, el 26 de Marzo de 1887, y que había sido leído y discutido por mí ante la Sociedad de Medicina de la ciudad de Nueva Orleans *(New Orleans Parish Medical Society)*, digo lo siguiente:

«Es suficiente haber visto unos cuantos casos solamente de fiebre amarilla para convencerse de que esta terrible enfermedad presenta invariablemente dos períodos distintos. El primero es de poca duración, pues no llega más allá de tres días, y se le conoce generalmente con el nombre de «período de reacción,» mientras que el segundo es el período de defervescencia y descomposición de la sangre, se le llama «período de calma,» y dura desde unas cuantas horas hasta dos semanas, según sea la forma y el carácter especial de la epidemia reinante. Cuando el caso termina felizmente durante el primer período (que es lo que constituye un caso benigno ó de «aclimatación»), el segundo período se hace evidente tan sólo con el principio de su evolución durante la convalecencia. Mientras más rápida sea la sucesión de estos dos períodos, más peligroso es el caso, y viceversa.

«El reconocimiento de la enfermedad, hablando en términos generales, es fácil. Cuando quiera que (en países templados durante el verano) se nos llame para atender á un enfermo que repentinamente se ha indispuesto, sufriendo un paroxismo de enfriamiento general ó temblores de frío—el cual, ocho veces de cada diez, tiene lugar á las horas en que el sol ha desaparecido ya del horizonte—seguido de una fiebre que va rápidamente subiendo de intensidad (102°, 103°, 104°, Fahrenheit), y acompañado de dolor de cabeza, en la espalda y las piernas, la cara encendida, con una expresión de ansiedad en el semblante, los ojos inyectados y lagrimosos, la respiración algo precipitada, muy irritable el estómago, con gran desconsuelo epigástrico y sensible á una ligera presión, náusea y anorexia; la lengua húmeda, ligeramente saburrosa, y en algunos casos roja en la punta y en los bordes, pero por lo demás en estado natural: el vientre estreñido y á veces, no siempre, gorgoteo en la fosa ilíaca derecha; disminución en la cantidad de orina, siendo ésta ácida, de un

color algo obscuro y albuminosa; el pulso rápido, fuerte, tenso, algunas veces dicrótico, con 90 á 120 pulsaciones por minuto; la piel caliente, seca, áspera; y si es que no existen todos estos síntomas característicos, por lo menos la mayoría de ellos, sin que el enfermo haya tenido antes un ataque de fiebre amarilla, entonces podemos formular sin vacilación el diagnóstico de tifus icterodes en sus comienzos.»

El desarreglo fisiológico predominante en la fiebre amarilla es una especie de parálisis de los centros nerviosos vaso-motores, que se hace evidente en el desconsuelo angustioso localizado en la región del plexo solar, y en la rubicundez y expresión de ansiedad del rostro, los ojos hiperémicos y húmedos y las pupilas á tal extremo dilatadas, que dan á la fisonomía del enfermo la apariencia de un hombre borracho.

En los casos en que sea preciso reducir la temperatura en seguida; y al mismo tiempo dar un calmante al sistema nervioso, para ello tenemos hoy en día á nuestra disposición en los nuevos anti-piréticos unos agentes terapéuticos de indudable utilidad, cualquiera de los cuales, con la excepción quizás de uno ó dos, es mucho mejor que la quinina para ese determinado objeto.

El acónito, la digital, la veratrina, en muy pequeñas dosis administradas con frecuencia, son también mejores que la quinina para reducir en poco iempo la temperatura y calmar el sistema nervioso excitado.

El jaborandi actúa de dos maneras beneficiosas, puesto que no solamente favorece la libre traspiración, y con ella la eliminación del veneno icterodes, través de la piel, sino que también disminuye la congestión de los riñones. Prefiero usar la infusión de las hojas, dada á tomar caliente, á la inyección hipodérmica de pilocarpina, aunque, sin embargo, cuando las hojas que se puedan obtener, son demasiado viejas, empleo á la vez que la infusión el alcaloide por la vía subcutánea, con las debidas precauciones.

El gran *desiderátum* en el tratamiento de la fiebre amarilla, es *no desarreglar el estómago y disminuir la congestión de los riñones.* Si pudiéramos mantener el estómago en un estado de reposo y los riñones en un estado de actividad funcional durante tres ó cuatro días, el «vómito prieto» dejaría de ser una enfermedad tan temible como lo es. Por consiguiente, nuestra atención debe estar siempre fija, por los síntomas que presenten, en la manera de funcionar de esos dos órganos.

Respecto á baños, de cualquier clase que sean, el único que considero apropiado es uno de pies con mostaza, al principio del ataque. Con él se alivia la congestión cerebral y el dolor de cabeza que entonces existen, y muchas veces también este sencillo baño produce, además, una traspiración general abundante, seguida de un sueño muy beneficioso.

Un refrescamiento repentino de la superficie del cuerpo lo considero peligroso, porque abruptamente aumenta la congestión que existe en los órganos viscerales, y por esta razón creo inapropiadas las aplicaciones con una esponja de agua fría á la cabeza, cara, brazos, piernas ó caja del cuerpo, durante el estado febril; y muy particularmente debe precaverse al enfermo de un inesperado enfriamiento del cuerpo, producido por una corriente de aire.

Los sinapismos, aplicados con el fin de disminuir la congestión visceral, los considero adecuados y especialmente cuando el sinapismo se coloca sobre el epigastrio para aliviar el desconsuelo, la sensación de peso ó los dolores en el estómago; que es uno de los dos órganos, como dejo dicho antes, que más necesitan cuidarse durante un ataque de fiebre amarilla.

La diaforesis y la diuresis pueden facilitarse también dando á tomar al enfermo, si lo desea, vasos de limonada hecha con agua de Seltz, cocimiento de hojas de naranjo endulzado á gusto del paciente ó simplemente agua de soda ó de Vichy.

Pero hay otro medio aún mejor de aliviar en seguida la congestión renal, que en Cuba llaman algunos médicos «dar de beber á los riñones.» Consiste en administrar al enfermo una inyección rectal de agua fresca, y maravilloso es en verdad notar con cuánta prontitud se refrescan los riñones con este sencillo procedimiento, desapareciendo inmediatamente la terrible congestión que embarga su natural funcionamiento.

El opio, en cualquier forma que sea, no debe darse bajo ninguna circunstancia. Su efecto en el corazón y los riñones es extremadamente peligroso en esta enfermedad. La tentación de aliviar con él (inyecciones de morfina) los vómitos y la angustia epigástrica, debe resistirse con tesón.

Los estimulantes tampoco deben administrarse, con la excepción, en algunos casos, en que el enfermo esté habituado á ellos, de champagne helado. Ciertos prácticos sin experiencia en el tratamiento de esta enfermedad, son de opinión que en el segundo período conviene administrar estimulantes para reanimar el debilitado corazón; pero el peligro que con ello se corre de irritar el estómago es tan grande, que yo no lo apruebo. Cuando las pulsaciones del corazón llegan á bajar hasta 50 ó 60 por minuto, hay otros varios estimulantes cardíacos mucho mejores que el alcohol para administrar en esos casos, y el que yo prefiero es la digital.

Una alimentación apropiada es de la mayor importancia. Al principio de la enfermedad el paciente no desea alimento alguno, y ninguno tampoco se le debe dar. Cuando principie á alimentarse, leche helada, previamente bien hervida, y en ciertos casos en que el estómago se mantiene aún rebelde, mezclada con un poquito de agua de cal, es el mejor alimento que puede darse, la cantidad y la frecuencia en tomarla debiendo dejarse absolutamente al deseo natural del enfermo. Más tarde podrá dársele caldo de gallina ó *beef-tea*, hecho de carne fresca y tierna. En una palabra, alimentos líquidos han de ser forzosamente los que tiene que tomar el enfermo, aun cuando se halle ya en el segundo período de la enfermedad, se sienta comparativamente bien y tenga mucho apetito. Hasta que no esté en completo estado de convalecencia no deberá tomar alimento sólido de ninguna clase, principiando siempre por aves tiernas.

Descanso absoluto en un cuarto ventilado, sin corrientes de aire y conservado á una temperatura moderada y constante, es de mucha utilidad en el tratamiento. Pero más esencial aún que eso, es que el ánimo del enfermo esté tranquilo y lleno de halagadora esperanza en su completa curación. Todo lo que de algún modo se oponga á esta persuasión moral, hay que combatirlo firme y tenazmente.

314 Second Avenue, New York City, E. U. de A.

sobre esa dismenorrea que es tan frecuente hallar en la práctica, sobre todo los que ejercemos en las capitales y centros de población densa, lugar que lógicamente prefiere esta afección.

II

La dismenorrea es, en efecto, una enfermedad sumamente frecuente y común, en general, pero sobre todo en los centros grandes de población, en que la vida moderna, por los progresos y refinamientos de la civilización, se aparta en muchos puntos de las reglas impuestas por la higiene.

Por esa razón hay que tener presente los medios curativos que mejor resultado logran en esa dolencia, tan pertinaz y rebelde á veces, que llega á constituir un martirio y á hacer de la vida de la mujer una carga asaz pesada y triste.

El tratamiento indicado por Vigouroux es real y positivamente eficaz si en el caso en que se aplica sólo reconoce como factor etiológico un desorden nervioso y no existe alguna de las alteraciones patológicas que son muy á menudo las generadoras de esa afección. Y para que los malos éxitos del tratamiento no sean atribuídos con notoria injusticia á la ineficacia del método, nos vamos á permitir, aunque de una manera muy sucinta, recordar las principales circunstancias en que el molimen catamenial se acompaña de manifestaciones dolorosas.

Para algunos autores, aun la menstruación normal absolutamente puede aparecer acompañada de fenómenos más ó menos penosos, según la susceptibilidad individual y la idiosincracia de la mujer, pudiendo variar, por consiguiente, desde un malestar casi imperceptible y muy poco acentuado, hasta un sufrimiento que obligue á guardar cama y pida medicación especial.

Las lesiones de que la dismenorrea puede depender, son numerosas, pues las de la matriz, las de los ovarios, las de las trompas, las del tejido conjuntivo y las de la cubierta peritoneal, pueden tener y tienen como expresión primordial y única al principio y descollando entre las que les son peculiares en seguida, los dolores en el momento de las reglas.

La endometritis es el más común de los procesos inflamatorios del aparato genital interno, que ofrece como delator oportuno el dolor dismenorréico, observándose sobre todo en la endometritis exudativa, así como en las blenorrágicas, tanto agudas como crónicas. La exudación infiltrando la mucosa, comprime los nervios uterinos y este es acaso el mecanismo por el cual aparece el síntoma *dolor*. Este, por lo común, es premenstrual y se amortigua ó cesa cuando el escurrimiento se establece, habiendo, no obstante, casos en que le acompaña hasta que termina, residiendo sobre todo en las regiones supra-púbica y sacra.

Bien conocida es ya la dismenorrea membranosa en que las capas más superficiales de la mucosa uterina se desprenden en grandes girones ó colgajos por medio de contracciones intensas, dolorosas y análogas á las que exige la expulsión de la decidua uterina en el embarazo ectópico.

Al tocar esta clase de dismenorrea, no nos parece fuera de oportunidad recomendar á los jóvenes prácticos la mayor atención en tales casos, pues las familias, las pacientes y con frecuencia el mismo facultativo califican de aborto lo que no es y casi no puede ser, pues en esas circunstancias la fecundación es muy poco frecuente.

Sobre la etiología de la dismenorrea membranosa, se ha escrito y discutido

bastante, pero lo cierto es que aún permanece nebulosa, pues á los factores más heterogéneos se ha atribuído la culpabilidad de ella. Se ha invocado la influencia hereditaria y Lohlein, uno de los que han estudiado mejor esta enfermedad, cita á dos hermanas en quienes la dismenorrea membranosa parecía no tener más origen que esa predisposición hereditaria, pero nosotros creemos que esa sea acaso la causa más discutible, no siendo numerosos los casos que, suficientemente comprobados, se puedan aducir y consten en la literatura médica contemporánea.

Un ejercicio corporal violento, según Winckel, la sífilis, según Wider, la infección blenorrágica y otras muchas causas se han señalado.

Entre las que evidentemente son reales y justificadas á la simple vista, están las desviaciones de la matriz, ante, retro y látero-flexiones de la matriz: ante y retro-versiones, en cuyo caso la dismenorrea es puramente mecánica. En esta misma categoría etiológica entran las que origina la presencia de un obstáculo que impida el libre curso de la sangre, como por ejemplo un pólipo mucoso que desempeña el papel de válvula. Del mismo modo acusa la estenósis del cuello. Huelga decir que en estas dismenorreas el tratamiento terapéutico sólo alcanzará mejorías pasajeras y es una intervención quirúrgica apropiada la que, removiendo la causa, ofrecerá la curación radical.

Las salpingitis agudas y crónicas, las diversas afecciones de los ovarios y de los anexos todos en general, producen igual cuadro doloroso.

Réstanos sólo señalar algunos estados especiales en que la dismenorrea se presenta, sea como fenómeno ligado por estrecho vínculo con ellos ó sea como complicación eventual y no inevitable y necesaria. Queremos referirnos á los padecimientos nerviosos, á la histeria, á la epilepsia, á la neurastenia, etc. En estos casos los trastornos habituales se exacerban y sobrevienen crisis paroxísticas intensas en el aparato genital, entre los cuales también se observan las convulsiones, el hipo, el espasmo glótico, la llamada tos uterina, las parálisis de tipo histérico y esos fenómenos especiales de estas neurosis. Las gastralgías, las jaquecas, las mialgías, las hiperestesias diversamente localizadas, las neuralgias en general, son el acompañamiento casi constante de esa clase de dismenorrea y ensombrecen más su cuadro.

La medicación fundamental de la dismenorrea estriba naturalmente en la causa etiológica y es en este caso, como siempre, indispensable el establecer por la observación clínica atenta, el diagnóstico diferencial.

El tratamiento del acceso doloroso es siempre encaminado á calmar el sufrimiento. Para ello el uso de la hiosciamina y de la morfina están indicados y á veces, como ya lo habrán visto todos nuestros compañeros, es necesario recurrir á las inyecciones morfínicas, al cloral y á veces al cloroformo. Inútil es agregar que cuando hay anemia ó un estado constitucional ó diatésico especial, es preciso dirigir sobre él los medios curativos.

DR. E. L. ABOGADO.

NOTA.—El Dr. William Sellman, de Baltimore, según consta en un trabajo publicado recientemente en el periódico *Medical Review of Reviews*, opina que algunos casos, pero muy determinados, de dismenorrea en las vírgenes, pueden ser curados por una intervención quirúrgica, no lográndose en los casos en que es debida á un estado general y especial del sistema nervioso, sino apresurar la época de la menopausa con la ablación de los anexos. Para esas en-

fermas aconseja de preferencia el uso de la electricidad. El Dr. H. W. Longyear, de Detroit, protesta contra la operación cuando se trata de dismenorreas relativamente pasajeras, en lo cual, como es de presumirse, estamos por completo de acuerdo. El Dr. W. Humiston, de Cleveland, sostiene que sólo por procesos inflamatorios, aparece el estado dismenorréico, aun en los casos de estenosis del cuello en que la menstruación es fisiológica á pesar de ella si no hay inflamación. El Dr. Gillian, de Columbus, cree que en la mayoría de casos depende de falta de desarrollo normal de los tejidos uterinos y nunca ó casi nunca de la estenosis del cuello.

En la medicación interna de esta dolencia, en la vecina República, se preconiza como uno de los mejores analgésicos para combatir el dolor, la ANTIKAMNIA, producto ya bien conocido entre nosotros y que en efecto tiene una acción marcada sobre los dolores neurálgicos.

E. L. A.

SECCION XXVIII.

REVISTA DE LA PRENSA MEDICA EXTRANJERA

Sinovitis tuberculosa tratada por los rayos X, por A. Gregor. *(Revue de Thérapeutique, 1° de Marzo de 1905.)*—Un joven de 17 años, con una hinchazón dolorosa de la rodilla izquierda, que data de un año y medio, con antecedentes de tuberculosis de los huesos en la familia. Este paciente fué sometido dos veces á la radioscopia, no encontrándose nada anormal en los huesos; se admitió una sinovitis tuberculosa. Como después de poco tiempo disminuyó la hinchazón y los dolores se calmaron, el enfermo mismo pidió someterse á nuevas sesiones radioterápicas. La distancia de la rodilla al aparato, era de seis pulgadas; la corriente de seis *ampères* á la presión de sesenta *volts;* diez minutos de duración; dos veces por semana. Después de once sesiones la rodilla habia vuelto á su estado normal, y así ha permanecido un año.

Un tratamiento de la constipación crónica, por Murray.—La constipación crónica está asociada á lesiones que existen en el recto, la S ilíaca y el colon. El tratamiento se verifica cada cuatro días hasta que haya deyecciones normales; después se alargan los intervalos entre las sesiones. Se coloca al paciente en la posición de Sims y se le introduce un electrodo cubierto con una envoltura de cauchu perforada; este electrodo se comunica con el polo positivo y un irrigador conteniendo una solución salina; la corriente varía de 5 á 20 *miliampères,* el tiempo de 10 á 15 minutos, y la cantidad de agua inyectada debe ser poco más ó menos de un litro. Después de arrojada el agua, comienza la segunda parte del tratamiento, que consiste en introducir con una sonda subnitrato de bismuto, yodoformo y aceite en el colon. Se inyecta después una solución de ictiol ó de hidrastis. El paciente permanece sobre la mesa diez minutos. El régimen debe ser copioso y hay que administrar seis vasos de agua por día. Se abandona el uso de los laxantes y cuando no haya exoneración se administra una lavativa de agua fría. 75 por 100 de los casos de constipación crónica se han curado y los 25 por 100 restantes se han mejorado.

Dos casos de tos ferina tratados por el gomenol, por E. Ausset.—Uno de los casos había sido particularmente rebelde á todo tratamiento; el enfermo tenía hasta 41 accesos al día; se habían empleado la belladona, la grindelia y la antipirina. Se recurrió entonces á las inyecciones de gomenol al 20 por 100 en aceite, á razón de una inyección de 10 cc. por día en un niño de siete años. La mejoría se inició al día siguiente y, al cabo de dos días, los accesos desaparecieron. Las inyecciones se reemplazaron con fumigaciones de gomenol. En el otro niño la curación era completa al cabo de quince días. No se puede negar la acción del medicamento, tanto más cuanto que éste fué usado, lo mismo que en otros casos análogos, en pleno período ascendente de la enfermedad.

La mesotana en las afecciones reumatismales, por E. Crocco.—Una de las preparaciones mejores en las afecciones reumatismales, es la mesotana, líquido muy soluble en el aceite, que contiene 71 por 100 de ácido salicílico. Es absorbido muy pronto por la piel cuando se unta mezclado con aceite de olivo en partes iguales, una vez por día en el lugar doloroso. Se han obtenido buenos resultados en casos de reumatismo agudo y muscular, de lumbago; pero no en la ciática, la pleurodinia y las neuralgias que no eran de origen reumatismal. Parece que esta preparación obra mejor que los otros derivados salicílicos.

Adenitis tuberculosa tratada por los rayos X, por E. Pfahler. *(Revue de Thérapeutique, 15 de Marzo de 1905.)*—El autor cree que con la radioterapia pueden evitarse las cicatrices en la adenitis tuberculosa. En tres casos los ganglios tuberculosos del cuello, sometidos á la acción de los rayos X, desaparecieron más ó menos. Si los ganglios han supurado ya, lo mejor es abrir la colección y canalizar, para que la cicatriz consecutiva sea menos deforme; y no hay que quitar más que los ganglios reblandecidos, sometiendo los otros á los rayos X. Lo mejor es emprender el tratamiento, para un feliz resultado, antes de que haya pus en los ganglios enfermos.

Empleo interno del lisol, por Fritz Burger. *(Revue de Thérapeutique, 15 de Abril de 1905.)*—El lisol empleado como desinfectante intestinal, puede darse hasta á los niños en la dosis de 75 centigramos á 1 gramo. Las deyecciones llegan á ser menos numerosas y más consistentes; el olor fétido disminuye, lo mismo que el moco; se produce, además, un aumento notable del apetito, los enfermos recuperan rápidamente las fuerzas y la salud. El autor administra el lisol en píldoras de 10 centigramos, una cada dos horas. Si la diarrea es abundante, se añade extracto de opio. Cuando las fermentaciones intestinales, por medio de la auto-intoxicación han producido un estado anémico más ó menos profundo, puede usarse el lisol con ventaja añadiendo fierro reducido y magnesia calcinada.

DR. EVERARDO LANDA.

SECCION XXX.

BIBLIOGRAFIA

Chirurgie du système nerveux.—(Crane et Encéphale, Rachis et Moelle-Nerfs) par le Dr. GEORGES MARION, professeur agregé à la Faculté de Médecine

de Paris, Chirurgien des hôpitaux. (Tome VI du Traité de Médecine Opératoire et de Thérapeutique chirurgicale, publié sous la direction de MM. Paul Berger et Henry Hartmann). Un vol. in 8° gr. jésus de 536 pages avec 320 figures dans le texte. Prix: 18 francs. G. Steinheil, éditeur, 2—rue Casimir Delavigne, Paris. VI.

Este nuevo volumen del «Traité de Médecine Opératoire et de Thérapeutique chirurgicale,» contiene todo lo relativo al tratamiento quirúrgico de las afecciones del cráneo, del encéfalo, del raquis, de la médula y de los nervios. La Cirugía nerviosa, un poco abandonada generalmente, por ser mal conocida y poco ejercida, forma la parte más importante de la obra.

La primera parte de ella trata de las enfermedades del cráneo y del encéfalo, principiando por una exposición de la anatomía topográfica cráneo-encefálica y de los medios de localizar fácilmente sobre la superficie exo-craneana la situación de las diferentes porciones de los órganos intra-craneanos que hay necesidad de alcanzar. Un segundo capítulo está consagrado á la técnica operatoria, á la técnica de la craniectomía y de la trepanación, de las inyecciones intra-cerebrales de antitoxinas y de las operaciones que se practican en el espacio sub-aracnoideo. Después viene una serie de capítulos en que sucesivamente se exponen las indicaciones terapéuticas y la técnica de los tratamientos de las diversas afecciones del cráneo y del encéfalo: de las afecciones traumáticas (lesiones de las partes blandas, del esqueleto, de los derrames sanguíneos intra-craneanos, de la epilepsia traumática, etc.); de las afecciones inflamatorias (osteitis, abscesos cerebrales, meningitis agudas, meningitis tuberculosas); afecciones neoplásicas (tumores de las partes blandas y del esqueleto, tumores intra-craneanos); y, en fin, afecciones diversas (epilepsia, microcefalia, hidrocefalia, hemorragias cerebrales espontáneas, encefaloceles, etc.).

La segunda parte, consagrada al raquis y á la médula, comprende desde luego un estudio de la topografía raqui-medular y en seguida la técnica de las operaciones que pueden practicarse sobre esa región, laminectomía, punción lombar, inyección epidural: después viene el estudio de las diferentes afecciones por las cuales el cirujano debe intervenir: afecciones traumáticas (fracturas y luxaciones del raquis), afecciones inflamatorias (osteomielitis vertebral, tuberculosis vertebral), afecciones neoplásicas (tumores del raquis, de las meninges y de la médula, spina-bífida, etc.).

La tercera parte, que comprende la cirugía de los nervios, está desarrollada sobre un plan un poco diferente del de las dos partes precedentes. Estúdianse primero las afecciones nerviosas que pueden necesitar una intervención quirúrgica (compresión, distensión ó ruptura de los nervios, heridas, neuritis, tumores, luxaciones, meralgias parestésicas), operaciones susceptibles de ser ejecutadas sobre los nervios (sección, resección, elongación, sutura, etc.); y, en una palabra, describe de la manera más minuciosa la manera de descubrir todos los nervios que pueden descubrirse. Esta tercera parte termina con dos capítulos de gran importancia sobre la cirugía del trigémino y la cirugía del simpático, en los cuales, por la primera vez, se encuentran reunidos cuantos datos son necesarios y constituyen la cirugía en esta línea.

Se hacen notables por su interés, sobre todo entre los capítulos consagrados á las técnicas, los relativos á la craniectomía, á la extracción de los cuerpos extraños alojados en la cavidad, á la laminectomía, á la topografía de los nervios, á las intervenciones sobre el trigémino y el simpático, á las nociones

anatómicas precisas que sirven de introducción á la descripción de las operaciones, y también deben citarse las figuras que facilitan la comprensión de todas estas intervenciones. Por otra parte, es de notarse la claridad de estos artículos, claridad que también se nota en todo el resto de la obra. Como el autor señala todos los procedimientos y no insiste en aquellos que le parecen preferentes, el lector no se encuentra con dificultades para elegir la técnica aplicable en cada caso particular.

Este tratado ha sido escrito según las ideas que la experiencia personal del autor ha podido sugerirle y según los documentos recogidos por los cirujanos de todos los países, documentos que han sido cuidadosamente compulsados. Con estas ideas y estos documentos, ha logrado escribir un libro esencialmente útil y práctico y en el cual se encuentran expuestas tan claramente como podría apetecerse, tanto la indicación que entraña cada caso, como la manera más correcta de realizarla.

Los numerosos dibujos, originales en su mayoría, y ejecutados bajo la dirección misma del Dr. Marion, completan esta obra que sin duda alguna está destinada á vulgarizar una cirugía cuyos recursos y cuyo valor terapéutico no son ni han sido todavía suficientemente apreciados por los médicos en general.

Esta excelente obra, que con toda seguridad va á ser solicitada justamente por nuestros facultativos, puede pedirse directamente al editor, si es que aún no llega á nuestras librerías, ó ser solicitada por conducto de la Administración de la CRONICA MÉDICA MEXICANA.

Una nueva edición del "Quijote." Con facsímiles de documentos inéditos y un estudio del Excmo. Sr. D. José Mª Asensio. F. Seix, editor. Barcelona, 1898.

El inmortal libro de Cervantes no ha sido considerado siempre de igual manera.

En el pasado siglo creyósele solo una sátira inmensa, una bufonería colosal, pero no se le vió el fondo altamente humano. A principios de este siglo, y en España hasta hace poco, apreciósele por la parte esencialmente literaria, y por muchos cervantistas nimios por su dicción.

No obstante, hoy en el mundo civilizado comparece el *Quijote* como una de esas obras especialmente representativas de la humanidad, como el *Prometeo* de Esquilo y el *Hamlet* de Shakespeare, de las cuales se desprende una filosofía profunda. El idealismo puro, el esfuerzo de la voluntad desinteresado, pero sin el conocimiento de lo real, encárnanse en *el caballero de la T. iste Figura*. El egoísmo vulgar, el conocimiento miope de los hechos, sin elevación de ninguna clase, están materializados en el obeso cuerpo del rústico Sancho Panza.

El primero es el ideal sin lo real. El segundo es el vulgar sentido común que se basa en la realidad actual, exento de la idea que impulsa y de la fe que vivifica. El hidalgo manchego es el caballero de la Justicia, y va que bebe los vientos montado en un caballo que parece el del Apocalipsis, pues de tal sólo tiene la piel y el esqueleto. El escudero se nos presenta como un vulgar centauro, mitad asno y mitad patán, que sólo ve el polvo que sus pezuñas pisan. Dos personificaciones y una grande enseñanza. El idealismo puro y solo, se estrella contra los obstáculos de la realidad. ¡El egoísmo vulgar vuelve al punto de partida caballero en su jumento, sin haber hecho nada ni haber modificado nada!

Los miopes de inteligencia, los eruditos nimios, no pudieron apreciar que en estas dos figuras se encerraba toda la Humanidad: el realismo egoísta y el idealismo loco. Proteger á los débiles, castigar á los malvados, enderezar los entuertos, perseguir al crimen, ejercer la magistratura con la espada por montes y collados, en pleno camino real, ó por las veredas.

¡Qué programa más hermoso el de Don Quijote! Será una quimera; pero el vuelo de su quimera es como el de las águilas, y merecería tener las alas de la victoria. Si el hidalgo manchego resultó ridículo, es por exceso de talla. Hace sonreir á los hombres á fuerza de ser sobrehumano.

La fiebre del entusiasmo le hace delirar; la sed de justicia inflama su razón y la extravía. Es un loco que merece ser un Dios, un Dios justiciero; su ideal de justicia es tan grande que está por encima de todas las instituciones, y no puede encerrarse en las mezquinas leyes humanas. No reconoce alcaldes ni alguaciles. La vara del corregidor es para él un junco irrisorio, y el corchete un malandrín. La Santa Hermandad le hace una concurrencia baja. Así ataca á mano armada y con furor inaudito á sus cuadrilleros.

Su idea de un derecho espontáneo y libre, resultado de una inspiración superior, le vuelve hostil á toda magistratura constituída. Parece el *Superhombre* profetizado por Nietzsche, «*sin más ley que su espada ni más código que su voluntad.*» Por odio á la policía regular, fraterniza con los bandidos; por compasión á los que sufren, absuelve todo un presidio.

Y no obstante tanta nobleza, la realidad por él desconocida se venga del idealista con crueles represalias. Creyendo destruir gigantes, es volteado por los molinos; buscando emires que retar, sólo encuentra carreteros que lo aporrean; pensando despedazar monstruos, sólo revienta pellejos; los mismos presidiarios que liberta, le apedrean; el muchacho que libra del látigo de su amo, se vuelve en contra de él. Y cuando se pone en frente de dos leones, ni siquiera le hacen caso.

Y no obstante, es el prototipo de la nobleza y de la hidalguía, imagen de todas las virtudes nobles del pueblo español que simboliza. Como él, su único defecto es el haberse figurado vivir en otros tiempos. El vivir retrasado de su época.

* * *

Así se comprende el interés cada día creciente de esta creación colosal de Cervantes. Como lo indica muy atinadamente D. José María de Asensio en el interesantísimo prólogo que acompaña la edición del Sr. Seix, casi no pasa año alguno sin que se publiquen ediciones del *Quijote* en España, Francia, Inglaterra y Alemania, así como en las naciones hispano-americanas, y, según han observado los cervantistas más rebuscadores, ninguna edición es corriente en el comercio de libros á los diez años de publicada.

La edición presentada al público por el Sr. Seix, ofrece varias novedades de un valor inestimable.

Unas disquisiciones profundas del Sr. Asensio, en que se resuelve la cuestión de la patria de Cervantes, la cual resulta ser definitivamente ALCALÁ DE HENARES, como lo prueba el documento, cuyo facsímil figura en el tomo I, un estudio de una causa por muerte de D. Gaspar de Ezpeleta, en que muy á su pesar intervino Cervantes, estudiado con gran detención. Investigaciones importantes sobre la vida y circunstancias de la hija natural de Cervantes, Doña Isabel de Saavedra, refutándose todo cuanto sobre ésta se ha fantaseado.

Acompañan á la obra, en corroboración de estas sabias disquisiciones del Sr. Asensio, los interesantes facsímiles siguientes:

1º Una escritura de Finiquito entre Miguel de Cervantes y Tomás Gutiérrez de Sevilla.

2º Una escritura de poder á favor de Fernando de Silva, para que, en nombre de Cervantes, pudiese acudir á la curia eclesiástica solicitando fuese absuelto el gran escritor de la censura y excomunión que le había sido impuesta.

3º Una carta de puño y letra de Cervantes, dirigida al arzobispo de Toledo, agradeciéndole un donativo, cuya fecha es muy próxima á la de la muerte de Cervantes.

4º Un memorial de puño y letra del propio Cervantes, solicitando se abriera una información sobre su cautiverio de Argel.

La edición es elegantísima. Está la obra impresa en puros tipos elzevirianos, y los principios de capítulos están ornados con frisos é iniciales de estilos policromados, realzados con oro, diferentes todos y de un gusto exquisito, tal como se encontraban en los libros de horas, hechos á mano, á fines de la Edad media. Están dibujados expresamente por los primeros ornamentistas de nuestra nación, inspirándose en los mejores códices de nuestros archivos.

Acompañan también á esta preciosa publicación una reproducción por el fotograbado, de diez páginas, de una edición impresa por Juan de la Cuesta en 1605, con notas manuscritas marginales, sobre las que, en su concienzudo prólogo, hace unas sabias y atinadas disquisiciones el Sr. Asensio, probando que no son del propio Cervantes, como pretendiera el Doctor Ortego.

La ilustración ha corrido á cargo de dos grandes artistas: el Sr. Moreno Carbonero y el Sr. Barrau. Once de las láminas al cromo, de un tiraje esmeradísimo, y que ponen los talleres de la casa Seix al nivel de las primeras del extranjero, son reproducciones de cuadros del Sr. Moreno Carbonero. La otra lo es de un cuadro del Sr. Barrau (D. Laureano). Y todos estos cuadros, de una gran propiedad histórica y de una verdad local sorprendente, han sido pintados exprofeso para que sus reproducciones fieles formaran la ilustración de esta edición memorable del *Quijote*.

Para terminar, diremos que la encuadernación es en pergamino con dibujos é inscripciones que recuerdan las de los códices más notables de los pasados tiempos.

Damos la enhorabuena á la casa Seix, por no haber escaseado ninguna clase de sacrificios, á fin de que esta edición fuera digna de la colosal obra del ilustre manco de Lepanto, y no dudamos que el público inteligente la acogerá con el favor que se merece.

POMPEYO GENER.

«*El Liberal,*» Madrid, 18 de Mayo de 1898.

NOTA.—En esta Sección de la CRÓNICA nunca damos cabida más que al anuncio de obras profesionales y aun entre éstas procuramos hacer figurar sólo aquellas de mérito real y útiles sin disputa. Pero hoy nos apartamos de esa línea de conducta anunciando «El Quijote» porque se trata de la más preciada joya de la literatura española y entre los ilustrados miembros del Cuerpo Médico Mexicano, muchos hay que como descanso á las rudas tareas profesionales, buscan los encantos que proporciona la lectura de los clásicos. Muévenos, por consiguiente, un buen deseo, y así esperamos lo comprendan nuestros lectores.

E. L. A.

NOTAS.

"MÉXICO MÉDICO."

Hemos tenido el gusto de recibir el primer número de este nuevo colega cuya aparición anunciamos á nuestros lectores en el número anterior, publicación que en forma de un cuaderno de 120 á 150 páginas, aparecerá cada tres meses, formando al año un regular volumen. La impresión, hecha como la de la CRÓNICA, en los bien montados talleres de LA EUROPEA, nada deja que desear y el material científico es escogido, sobresaliendo entre los artículos insertos en este primer número un trabajo sobre la Peste Bubónica en Mazatlán, por el Sr. Dr. Licéaga, y uno del Director del periódico, Dr. Ricardo Suárez Gamboa, sobre la «Fibromiomatosis y Preñez.»

Deseamos sinceramente el éxito más lisonjero al nuevo campeón médico nacional, y esperamos verle favorecido por nuestro Cuerpo Médico y en general por el Hispano-Americano, como justamente lo desea nuestro colega.

AVISO Á NUESTROS LECTORES.

Nuestro ilustrado colaborador y estimado compañero de Nueva York, el Dr. D. Agustín M. Fernández de Ibarra, nos suplica digamos á los lectores de la CRÓNICA que ninguna fábrica, manufactura ó sociedad comercial de los Estados Unidos para la venta de drogas y productos químicos ó farmacéuticos, está autorizada para firmar con su nombre correspondencias particulares de dicha casa.

El Dr. Fernández de Ibarra agradecerá mucho, por lo tanto, como un servicio especial, que se le envié á su dirección en Nueva York (314 Second Avenue) cualquier carta ó documento comprobante de tal fraude mercantil.

SUERO ANTIALCOHÓLICO.

En un aviso que acabamos de recibir se anuncia el nuevo suero antialcohólico que ofrece nuestro apreciable compañero el Dr. Benjamín Méndez, radicado en Dolores Hidalgo, Gto., y el cual, según creemos, es el suero con el cual se han hecho ya experimentos en Europa.

Si la nueva medicación ofrecida para el tratamiento de un vicio que tan funestamente influye en el progreso y bienestar de las sociedades modernas, es en realidad un específico contra la dipsomanía y logra su curación, será ésta una de las conquistas más preciadas de la Terapéutica, que, como todas las ramas de la ciencia, se encuentra en un período evidente de adelantamiento.

Siendo esto de un interés notorio, no dudamos que el Dr. Méndez se servirá comunicarnos el resultado de sus observaciones clínicas, que servirán al Cuerpo Médico Mexicano para aquilatar el valor real de la nueva medicación.

SUMARIO.

SECCIONES I Y III.—Algunas palabras acerca de la anatomía del ciego y del apéndice cecal y ligeras consideraciones fisiológicas á propósito de este último órgano, por el Dr. Daniel García, de Guadalajara, Jal. (Concluye.)—SECCIÓN V.—Paludismo. Profilaxia y tratamiento, por el Dr. J. F. Romero.—SECCIÓN XVII.—*Terapéutica.* El tratamiento moderno de la fiebre amarilla, por el Dr. Agustín M. Fernández de Ibarra, residente en la ciudad de Nueva York.—Dismenorrea esencial espasmódica por el Dr. E. L. A.—SECCIÓN XXVIII.—Revista de la Prensa Médica Extranjera por el Dr. Everardo Landa.—SECCIÓN XXX.—BIBLIOGRAFÍA.—NOTAS.

TOMO VIII. MÉXICO, JULIO 1º DE 1905. NÚM. 7.

CRONICA MEDICA MEXICANA

REVISTA DE MEDICINA, CIRUGIA Y TERAPEUTICA

(ESPECIALMENTE ALCALOIDOTERAPIA Y SEROTERAPIA)

—Y—

ORGANO DEL CUERPO MEDICO MEXICANO.

DIRECTOR PROPIETARIO

DR. ENRIQUE L. ABOGADO,

Miembro correspondiente de la «Societé Obstétricale de France, París» y honorario de la «Societé de Thérapeutique Dosimétrique de París.

JEFES DE REDACCION:

Dr. Duque de Estrada, Juan.—Profesor adjunto de Obstetricia de la E. N. de Med.

Dr. Godoy Alvarez Manuel.—Cirujano del Hospital General.

Dr. Mejía, Demetrio.—Profesor de Clínica Interna (3er. año) de la E. N. de Med.

Dr. Suarez Gamboa, Ricardo.—Cirujano del Hospital *Morelos*.

Dr. Vazquez Gomez, Francisco.—Profesor de Patología Externa de la E. N. de Med.

Dr. Zarraga, Fernando.—Profesor adjunto de Obstetricia de la E. N. de Med.

Sres. Dres. Manuel Carmona y Ramon Reynoso.—Sección de Medicina y Cirugía Dental.

Prof. Juan B. Calderon.—Preparador de Farmacia é Hist. de Drogas de la E. N. de Med.

Prof. Jose de la L. Gomez.—Sección de Medicina Veterinaria.

SECCIÓN IV.

HERNIAS.—SU CURACION RADICAL.

ARTÍCULO ESCRITO CON MOTIVO DE UN TRABAJO DEL SR. DR. D. J. ORTIZ DE LA TORRE, DE MADRID.

El Sr. Dr. D. J. Ortiz de la Torre, notable cirujano madrileño, se ha servido enviar galantemente á la «Crónica Médica Mexicana,» un folleto en el cual refiere su experiencia sobre 520 hernias operadas, mostrándose, con mucha justicia, satisfecho de los resultados obtenidos; pues si bien no ha logrado reducirla á cero, afirma que no ha llegado á 1 por 100 su mortalidad.

Nos complacemos en felicitar al Sr. Ortiz, pues no sólo sus éxitos son comparables con los que obtienen cirujanos de los centros europeos más reputados, sino que resultan mejores.

En efecto, el Prof. Leser, de Berlín, en su Tratado de Cirugía especial, asigna á la cura radical de las hernias, sin comprender los casos de previo estrangulamiento, las cifras de 5 á 6 por 100. Es verdad, por otra parte, que ciertos cirujanos han presentado series de casos sin mortalidad, mas no han sido tan numerosas como la del Sr. Ortiz. Así Trélat, citado por Koenig, en 307 operaciones no tuvo caso desgraciado alguno.

Bassini fué igualmente feliz en 262 casos.

En vista de su experiencia, el Sr. Ortiz considera la cura radical de las hernias, que él quiere llamar «obliteración,» como una operación benigna, y lamenta que muy pocos, entre los muchos que sufren de la afección herniaria, se aprovechen de las ventajas que brinda la moderna cirugía operatoria, lo cual depende, como entre nosotros, de la pasmosa credulidad del público, que no se cansa en ser la víctima de los charlatanes que aseguran curar con

emplastos maravillosos, y por otra parte, del injustificado horror que ciertos médicos, y no pocos, inspiran á sus enfermos por la operación.

Y no tienen razón; en tratándose de hernias de contenido libre, ó de aquellas que aunque tienen adherencias, éstas no ofrecen gran complicación, la obliteración herniaria no presenta peligros, cuando es practicada por un cirujano conspicuo, educado sobre todo en la técnica aséptica moderna.

No puede ser de otro modo; si no hay temor de hemorragia, si la infección queda excluída, no subsiste sino el remoto peligro de la anestesia, que por lo demás queda reducido al mínimum, si en la administración clorofórmica se sigue el recomendado método de gotas, sin tener en consideración, por otra parte, que muchas operaciones son factibles con la simple anestesia local aun con el método de infiltración de Schleich.

Ahora, en aquellos casos de hernias voluminosas complicadas de amplias adherencias viscerales, la operación se vuelve seria por la duración de la intervención que expone mayormente á la sepsis y acrece los peligros de la narcosis. Entonces es cuando hay que temer los accidentes peritoníticos, la neumonía post-operatoria y las consecuencias á veces funestas de las degeneraciones clorofórmicas.

Esos peligros, sin embargo, se conjuran en parte recurriendo en semejantes casos á la raquicocainización, que encuentra allí una de sus más legítimas indicaciones.

Entre nosotros, que vamos adquiriendo cada día mayor confianza en el ingenioso método de anestesia, inventado por Bier, preconizado á los cuatro vientos por Tuffier y cultivado ardientemente por un grupo de nuestros cirujanos nacionales; hemos logrado ampliar el campo de nuestra actividad quirúrgica, modificando favorablemente el pronóstico de muchas intervenciones, que sin la anestesia raquidiana fuera temerariamente aventurado acometer.

No soy yo, por cierto, sistemático partidario de la raquianestesia; pero tampoco participo de los exagerados temores que por ella manifiestan muchos de los cirujanos europeos, quienes parecen haber presenciado verdaderos desastres, que difícilmente son concebibles.

La opinión en México, respecto de ese género de anestesia, va siendo, repito, más y más favorable, fundada en los millares de casos de que consta la experiencia de los cirujanos del Hospital Militar, capitaneados por su antiguo Director el Sr. Dr. Fernando López, y en la serie no menos numerosa del Sr. Dr. Julián Villarreal, quien practica todo género de operaciones ginecológicas, tanto por la vía vaginal como por la abdominal, usando casi exclusivamente la anestesia raquidiana, sin que hasta ahora haya tenido que lamentar serio accidente alguno.

Yo juzgo que, como los otros métodos de anestesia, la raquidiana tiene sus indicaciones, de las cuales he mencionado ya alguna; sin querer discutirlas todas, me parece que otra la constituyen las operaciones en los ancianos, cuyo corazón y vasos vuelven muy peligroso el uso del cloroformo, no pudiéndose, por otra parte, recurrir al éter, por el estado enfisematoso de los pulmones, que hace inminente la bronco-neumonía post-operatoria. Bajo la anestesia raquidiana, no ha mucho tuve ocasión de practicar una amputación de muslo en una anciana de 74 años, sin otro accidente por parte de la anestesia, que uno que otro vómito, siendo de notar que el choque más ó menos intenso que después de esas operaciones hechas bajo el cloroformo estamos acostumbrados á ver, en esta ocasión faltó por completo. En cuanto á lo demás, la

marcha fué de lo más feliz, habiéndose obtenido la cicatrización por primer intento.

Pero en tratándose de hernias, sale más á propósito el caso siguiente, que acabo de operar en una enferma de mi servicio en el Hospital General.

Una mujer de 70 años, conservando algún vigor á pesar de la edad, pues la paciente vive de su trabajo, entró al Pabellón para hacerse curar de una hernia inguinal del lado izquierdo, que llevaba desde hacía varios años. Era una hernia que descendía hasta el gran labio, reductible, pero que últimamente se contenía mal con el braguero. Encontré por ello justificada la operación, y decidí practicarla bajo la anestesia raquidiana, de cuya aplicación, así como en el caso que anteriormente referí, bondadosamente quiso encargarse el Sr. Dr. Fernando López, uno de los más decididos y entusiastas campeones de la anestesia de Bier.

La anestesia se mantuvo irreprochable y me fué dado practicar con todo lujo de detalles la cura radical por el procedimiento de Bassini.

En esta vez no se observaron ni los vómitos; todo marchó bien y á los ocho días pudé retirar los hilos de la sutura cutánea, habiéndose logrado una bella cicatriz lineal por primera intención, gracias sin duda á la esmerada técnica aséptica que me empeñé en realizar, y bajo cuya protección no temí dejar hilos de seda perdidos en el plano inguinal profundo.

El dominio de la asepsia y la selección juiciosa de los medios de anestesia, son los factores que harán de la cura radical una operación inocente.

Esto en cuanto al resultado inmediato; en lo que á la persistencia de la cura se refiere, y en lo que pueda depender de la acción quirúrgica, opino como el Sr. Ortiz: importa no seguir sistemáticamente éste ó aquel procedimiento, sino conocerlos todos y aplicar en cada caso el más adecuado con la idea fija de producir la obliteración.

La práctica operatoria que seguimos en México para la cura radical de las hernias poco difiere de la del Sr. Ortiz de la Torre. Haciendo punto omiso de la hernia umbilical, en la que usamos el procedimiento que en todas partes se practica, para la inguinal damos la preferencia al de Bassini. Sin embargo, hay cirujanos que á veces emplean el de Kocher, y otros, aunque pocos, permanecen fieles al antiguo de Lucas Championnière.

En cuanto á la hernia crural, entiendo que no ha tenido imitadores el Sr. Dr. Garay en su procedimiento de ocluir con parte del músculo sartorio el orificio.

Por mi parte me he conformado con fijar el muñón sacular, detrás del ligamento de Poupart; pero en llegada la ocasión propicia, cuando tenga que tratar un amplio anillo, cosa que aun no se me ha ofrecido, tengo el propósito de poner en práctica el ingenioso procedimiento de Hammesfahr. Este consiste en poner á descubierto la cresta de la rama horizontal del pubis, levantar su periosto, y con el perforador taladrar oblicuamente de abajo arriba y de delante atrás, dos canales por los cuales se hacen pasar fuertes hilos de seda, que en seguida pasan á través del ligamento de Falopio; anudados los hilos, el ligamento se aproxima á la cresta pubiana, quedando en gran parte reducido el anillo.

Este procedimiento, que sin duda olvidó el erudito Sr. Ortiz de la Torre, satisface más á mi espíritu que el de Roux (de Lausanne), del cual sin duda ha procedido y sin disputa es superior á los recursos autoplásticos propuestos por Trendelemburg, Schwartz, A. de Garay y aun el recientísimo de Pólya de Bu-

dapest, quien utiliza no ya la mitad, sino todo el espesor del costurero, para obturar el anillo femoral.

Al finalizar su interesante opúsculo, el Dr. Ortiz se dirige á todos los médicos prácticos que por diversas circunstancias están alejados de la Cirugía, á fin de que teniendo en cuenta la inocuidad operatoria, aconsejen á sus pacientes recurrir á este procedimiento curativo.

Estas mismas palabras pueden dirigirse á nuestros colegas de la República Mexicana, que se hallan en las mismas condiciones. Es necesario tener confianza en la Cirugía de nuestro país; sus éxitos son cada día más numerosos, gracias al mayor discernimiento clínico y á la perfección que hemos logrado en la técnica quirúrgica.

DR. MANUEL GODOY ALVAREZ.
Cirujano del Hospital General
y antiguo Ayudante voluntario en el Hospital «Hedwig,» de Berlín.

México, Junio de 1905.

SECCION V.

AMIGDALITIS TUBERCULOSA OCASIONANDO LA MUERTE POR MENINGITIS TUBERCULOSA SOBREAGUDA.

Dar el grito de alarma cuando se descubre que el común enemigo toma imprevistos senderos para atacar nuestra vida, buscando inexplorados rincones para preparar una emboscada á nuestra salud, si obra es meritoria para el publicista científico, para el médico, guardián y centinela de la salubridad pública, es un deber ineludible y de la más alta responsabilidad.

No pretendo que la relación del caso que motiva estas líneas, lleve al ilustrado lector de la *Crónica Médica Mexicana* enseñanza alguna, ni siquiera novedad científica. Pero ella será un *alerta* que recuerde á mis respetables colegas casos y teorías que pueden hallarse distantes de su memoria y que quizá sea oportuno recordar.

Y á los ilustrados médicos que me han hecho el honor de objetar algunas de mis teorías sobre inmunidad palúdica, ruego y suplico desde estas líneas la continuación de su benéfica cuanto imparcial crítica, seguros de que sabré agradecer sus valiosas enseñanzas, máxime cuando como ahora toco puntos de la ciencia médica que no me son familiares.

El día 2 de Junio de 19 . . . fuí llamado para asistir al señor ingeniero J. G., joven de 24 años y al parecer de buena constitución y de muy aventajada estatura. Se quejaba de dolores articulares y musculares erráticos, y á los cuales daba origen, según diagnóstico de un médico norteamericano, un reumatismo.

El paciente, con una palidez de anémico, revelaba por la contracción de las líneas de su rostro—de forma cuadrilátera más bien que oval, y con grandes ojos adormilados y sombreados por largas pestañas—revelaba, repito, un agudo sufrimiento.

He aquí el memoráudum del enfermo:

En medio de una vida morigerada y abstinente—eran públicas sus buenas costumbres—y después de ligeros ataques de paludismo, se sintió acometido

por aquellos dolores que variaban de situación á cada momento; ya en la articulación de las falanges, ya en la coxofemoral, ora en los muslos ó bien en los hombros; pero fija y dominante la cefalea y una fiebre que no bajaba de 38°5 á 39° C. En el examen hecho al enfermo, no hallé ningún signo visible del reumatismo poli-articular: ninguna deformación en los sitios indicados, ni antigua ni reciente. La lengua era ancha y ligeramente saburral; el abdomen timpanizado no era doloroso á la presión. La auscultación y palpación sólo me revelaron un reducido obscurecimiento del pulmón izquierdo en el vértice, circunstancia que atribuí á la preferente postura en el decúbito de ese lado durante algunos días; el pabellón que aquí se usa, sólo deja accesible un costado de la cama. El bazo estaba hipermegálico, y esto lo sabía yo por haber examinado al paciente hacía algún tiempo, en varios ataques de paludismo que se prolongaban algunos días.

Ningún antecedente hereditario de gota ó reumatismo, y sólo algunos infartos ganglionares del cuello, en los primeros años. El paciente era á ojos vistos de temperamento linfático y predominaba la constitución estrumosa. Por fin, la orina tampoco revelaba un proceso distrófico.

Como sus respuestas fueran negativas á todos los demás puntos de mi interrogatorio—sífilis, gonorrea, etc.—diagnostiqué intoxicación palúdica y prescribí *quinina* y *salipirina*, consintiendo en que se le dieran unas fricciones con linimento amoniacal cloroformado y con salicilato de metilo.

El día 3 me sorprendió hallar al paciente en el anterior estado: la misma temperatura—que, tomada por la familia de hora en hora, no reveló descenso alguno—y los dolores erráticos de la víspera. Prescribí: salicilato de sosa ó yoduro de sodio y yodo metálico; 3 gramos, 0,80 y 0.01 respectivamente; quinina, acetanilida, cafeína y estricnina.

Por la tarde de ese día—3 de Junio—en vista de la ineficacia de mis prescripciones, insisto en que el enfermo me dé algunos antecedentes más: busco la gonococcia. El enfermo niega rotundamente haber padecido la gonorrea, é incidentalmente me habla de una pequeña operación que hacía 10 días le había sido hecha por el citado médico americano, con motivo de unas anginas, á las cuales fué necesario incindir para descongestionar.

La revelación estaba hecha. Se trataba probablemente de una intoxicación por un foco de pus. Hice un examen minucioso de la faringe y hallé hipertrofiadas las amígdalas, la mucosa de la faringe roja y mamelonada, notándose en la amígdala faríngea derecha los folículos hipertrofiados y salientes, y una línea grisácea y con puntos ulcerosos: era la huella del bisturí; en mi concepto, inoportunamente empleado.

Tomé un espécimen del barniz faríngeo para examinarlo al microscopio y cambié rumbo á mi terapéutica. Prescribí enjuagatorios con solución boricada é Hidrozono Marchand [1] y toques á toda la faringe con este líquido puro. Sulfhidral hasta saturación, y la trinidad defervescente (aconitina) digitalina y estricnina, quinina y un purgante de calomelanos, metódica y convenientemente distribuída esta larga lista de medicamentos.

Antes de retirarme supe del enfermo que hacía 3 ó 4 años venía padeciendo esas molestas anginas, y que algunas veces lo habían obligado á guardar cama por algunos días.

1 Por no tener este producto en la Botica, se usó el Bióxido de hidrógeno.

Ninguna fe doy ya á su negativa sobre antecedentes tuberculosos, y á mi imaginación acude su encorvada figura, su excepcional talla (muy aproximadamente 2 metros) y aquel punto opaco de su pulmón izquierdo.

Preparo mis espécimens tiñéndolos por el Gram, y con ansia los llevo al microscopio. ¡Allí estaba el odioso bacilo de Koch señalando como un índice rojo el origen del mal! Pero eran dos, tres, . . . cinco en una superficie de cuatro centímetros y esto me indicaba un peligro, no me daba seguridad de que fuera el único, ni siquiera de que fuera el principal, pues á su lado y llenando todo el campo visual, se agrupaban en orden de importancia numérica el estafilococo y el estreptococo, un bacilo que pudiera ser el coli; tetrágenos, un diplococo que pudiera ser el Brisou, el bacilo fusiforme de Vincent—varias veces hallado en mis investigaciones bucales—el leptotrix bucalis y otras bacterias más raras en número.

Para diagnosticar el paludismo, había tomado sangre que al microscopio reveló la presencia del plasmodio de la malaria. Pero desde el momento en que las altas dosis de quinina administradas, no produjeron la caída de la temperatura, era racional suponer que el paludismo era—como lo es aquí muchas veces—el testigo presencial de otros procesos. ¿Se trataba de una bacteremia? No, desde el momento en que la sangre no revelaba la presencia de otro huésped que el plasmodio. Se trataba de una toxemia. Pero ¿cuál bacteria de las que allí más abundaban la había determinado? El tiempo urgía para salvar estas disquisiciones, y lo importante era saber si aquel pequeño foco—una amígdala en la cual se había ahondado con el bisturí la infección—era capaz de sostener aquel síndrome clínico. Pero ante todo dejar dilucidado el punto de una probable tuberculosis preexistente.

En una de las cajas de Petri, que guardo esterilizadas para siembras y cultivos, hago expectorar al enfermo, y con minucioso cuidado recojo de la superficie de la amígdala derecha y por separado, nueva cantidad de barniz; y hago con ambos productos minuciosas preparaciones que trato por el metodo de Gram.

Esta vez no me cabe duda: se trata de la tuberculosis.

Pero antes de interpretar los hechos, daré fin brevemente á la narración del caso.

A pesar de los antitérmicos más enérgicos y del empleo de los más recomendados antizimóticos; de una continuada desinfección local, sin olvidarme de mantener en corriente el funcionamiento de las vías excretorias y á pesar de dar para esto preferente atención al tubo intestinal y al hígado, la temperatura sigue subiendo. Ya no son 39° C; el termómetro marca 40, 41, 42 . . .

Dados mis escasos conocimientos médicos, me declaro impotente. La meningitis ha aparecido, rápida y fulminante.

El doctor norteamericano es llamado la noche del día 7 y se empeña en vencer aquel formidable proceso que ya toca á la ejecución de su sentencia, por medio de . . . repetidos baños en agua tibia.

El enfermo sucumbe el día 8 á las primeras horas de la mañana, presentando el estrabismo, las convulsiones, el rictus, etc., de la meningitis aguda.

Para mí es indudable que el médico que asistió á nuestro caso en su primera amigdalitis, pasó por alto y con una ligereza que debo haber cometido yo

mismo muchas veces, estos dos signos conmemorativos: un rápido crecimiento ó desarrollo en la talla que el enfermo en cuestión refería tuvo lugar en muy breve período, resultando su tipo exageradamente alto en comparación con la talla de los miembros de su familia. En suma: desarrollo exageradamente rápido y anormal de un organismo de temperamento linfático. Segundo: pronunciado encorvamiento de las espaldas, correspondiendo á esto un anormal hundimiento del pecho.

Y desde aquí de dos hipótesis la una: ó el germen tuberculoso se fijó en ese organismo en el momento de atravesar el período crítico de un rápido desarrollo, y sin manifiestas explosiones vivió allí durante los 4 ó 5 años anteriores para prender sus renuevos en la amígdala que se inflama y ulcera, según el conmemorativo hace 3 años, quizá mucho antes: ó *in situ* se hace la infección desde la primera angina, desciende por la vía linfática á los pulmones y establece el padecimiento constitucional poco tiempo después, para ser revelado con una nueva infección local, como veremos más adelante.

Contra la primera campean las poderosas razones siguientes: es muy difícil que un organismo se sostenga en el aparente estado de robustez que conservaba en el momento de la derrota, llevando durante años un padecimiento tan destructor como la tuberculosis, y esto en un terreno que es el propio de esta enfermedad: terreno estrumoso. Además, no llegaron á presentarse los síntomas de la invasión, de la posesión, mejor dicho, del bacilo de Koch: hemoptisis, vómitos rebeldes, disfagia, etc., pues el paciente me negó formalmente la existencia de estos hechos. Y por último, no se percibían los ruidos cavitarios que en este caso, por el tiempo y por la constitución, eran de rigor; ni al examen bacterioscópico había bacilo alguno en la sangre.

Contra la segunda hipótesis, hay: la rara ocurrencia de estos casos, según las más severas estadísticas; la de que en el estado de Colima—Colima y Manzanillo, en éste principalmente—la tuberculosis es, si no rara, casi rara; la de que en la mayoría de los casos asciende del pulmón con los esputos el germen infectante, lo cual coloca el caso en la primera hipótesis. En fin, el cuasi aislamiento en que el joven enfermo vivía, dedicado á una profesión—ingeniero agrimensor—que obliga á una vida de campo ó exige el aislamiento del gabinete.

Pero existiendo el hecho,[1] revelado por el más seguro y veraz de los testimonios, el del microscopio, y teniendo esta segunda hipótesis menos objeciones, y siendo éstas más combatibles, debemos creer que la infección tuberculosa se verificó en nuestro caso por las amígdalas; que de allí pasó por el oído medio á las meníngeas y estableció la meningitis tuberculosa: lo cual no se opone á una propagación en el sentido descendente hacia el pulmón, pero ésta reciente, tolerable y obscurecida por las vivas manifestaciones del ataque cerebral.

¿Qué participación debemos suponer que tuvo la intervención quirúrgica—incisión de la amígdala—llevada á cabo pocos días antes? En mi concepto, indicó y facilitó el camino para la propagación del mal hacia el oído medio. Y esto no por haber penetrado el bisturí *hasta allá* ó poco menos; sino por haber facilitado la inmigración del bacilo por la vía circulatoria, por haber preparado más amplio aposento á tan diligente huésped, por haber *sembrado* con

1 Al examinar aisladamente el espécimen tomado de la amígdala y el de la expectoración pulmonar, hallé tan abundantes bacilos de Koch en el primero como en la segunda. Y aunque esto pruebe muy poco, lo cito como nota de rigurosa observación.

la hoja de acero el bacilo en todo el trayecto que recorrió. Además, ninguna precaución se tomó antes de cortar, ninguna asepsia, ni en la boca antes ni después, ni en el mismo bisturí que iba á incindir tejidos que eran el sitio de una infección, sea cual fuese la que se haya supuesto. Por la gravedad de esta nota insistí con el paciente y con la familia en que precisaran bien sus recuerdos: unánimemente sostuvieron lo que dejo asentado.

De todo lo expuesto, se deducen las enseñanzas siguientes:

1ª Por cualquier motivo que se suponga inflamadas, hipertrofiadas, etc.—en estado patológico en suma—á las amígdalas, constituye el primer deber del médico desinfectar, esterilizar con frecuencia estos órganos, y la boca y faringe en general.

2ª En caso de intervención quirúrgica, jamás usará un instrumento sector para atacar á estos órganos en el estado patológico, si no fuere al galvano-cauterio; prefiriendo en todo caso vaciar con una aguja roma las criptas y folículos amigdalinos, y esto bajo la más rigurosa asepsia.

3ª Siempre que le sea posible, procurará cerciorarse de la naturaleza del agente patógeno, tanto por medio del microscopio como por el de la inoculación experimental en el animal.

4ª Explorar cuidadosamente los pulmones en estos enfermos, á fin de prevenir la infección tuberculosa de las amígdalas al paso de los esputos, prescribiendo ineludiblemente los enjuagatorios bucales antisépticos, después de cada expectoración; pues en mi humilde concepto, las estadísticas dan una cifra más baja de la que á estos casos en realidad corresponde.

Y para concluir ¿no sería lógico y razonable proponer á todos los que llevan un terreno estrumoso, la ablación de esos órganos para los cuales no ha hallado la fisiología un papel serio en la función económica, y esto antes de presentarse la tuberculosis, por poca que sea la frecuencia con que se alteren? Y ¿qué objeción se podría oponer á su extirpación? No la de su función lubrificante del bolo alimenticio, para lo cual se bastan los múltiples elementos glandulares de la cavidad bucal; no el apoyo que pudieran prestar á los pilares para la deglución, pues ningún defecto se ha observado en los que la propuesta operación han sufrido, al verificar tal acto . . . .

En mi concepto, el solo hecho de no alterar su ablación el correcto funcionamiento de la deglución y digestión, y la seguridad de producir su presencia un solo caso como el que viene siendo objeto de estas líneas, autoriza sobradamente á proponerla en las condiciones que ya expuse.

Ojalá y los que en su carnet de observaciones guardan casos como el que refiero, quisieran publicarlos para formar á este punto de la tuberculosis su proceso estadístico, en nuestro país; y ojalá, también algún compañero quisiera señalar los errores en que incurra yo en mis apreciaciones, así como las observaciones y reproches que pueda merecer el tratamiento que impuse y juzgué más oportuno, indicándome entonces si en tan grave caso es de señalarse alguna omisión terapéutica. Ganaríamos mucho el público y yo.

Por lo demás, espero insistir sobre algunos de los puntos que hoy toco de paso, sujetándome á los límites de un artículo periodístico, pues hay mucha cizaña todavía por extirpar en nuestros campos científicos.

Manzanillo, Junio de 1905.

DR. J. FRANCISCO ROMERO.

SECCIÓN XI.

UN CASO DE SECCION CESAREA POR RUPTURA UTERINA PRACTICADA EN UTERO DOBLE (UTERO DIDELFO)

POR EL DOCTOR G. PAGENSTECHER.

Miembro Honorario
de la Sociedad Médica Potosina. Miembro de la Sociedad Ginecológica de Leipsig.
Miembro de la Sociedad Médica «Pedro Escobedo.»

I

El caso de sección cesárea que paso á referir, á pesar de no haber sido coronado de éxito, tiene tantas particularidades y tantas anomalías dignas de estudio, que gustoso hago punto omiso de mi amor propio como cirujano, publicando un fracaso operatorio, por juzgar que es en sí tan interesante, que bien merece ser conocido y estudiado á fondo; pues abundo en la idea de que un caso desgraciado, bien analizado en cuanto á las causas que originaron el fracaso, encierra cien veces más enseñanzas útiles, que una serie de éxitos que tan sólo halagan el amor propio sin traernos muchas veces nuevas ideas.

Así es que, si lograra evitar á alguno de mis comprofesores en circunstancias análogas un resultado funesto, señalando los motivos que contribuyeron, á mi juicio, á la muerte de la operada, me daría por ampliamente satisfecho de la ingrata tarea libremente impuesta de pregonar las propias deficiencias!

La Sra. X, recién desposada, vino en compañía de su marido á consultarme á San Luis Potosí, por tener ambos la convicción de que había algo de extraño en ella que dificultaba de una manera seria el cumplimiento de los deberes matrimoniales. Un interrogatorio prudentemente llevado á cabo hizo confesar á la recién casada que notaba una marcada diferencia entre un coito y otro, siendo los dolores algunas veces casi nulos y otras del todo insufribles. Lo mismo me confirmaba el esposo, quien agregó que á veces tenía la sensación como «si un anillo de hierro le comprimiera el miembro.»

Desde luego sospeché una anomalía en el aparato sexual de la mujer, y un examen minucioso me dió la clave de la situación después de algunas vacilaciones. Al entreabrir la vulva se notaba desde luego una ligera desviación del vestíbulo vaginal hacia la izquierda, quedando por de pronto oculta la razón para ello. El índice penetró con relativa facilidad hasta el fondo de la vagina, y pudo comprobar que el cuello uterino estaba rodeado de los fondos de sacos anterior, posterior é izquierdo, mientras que el fondo de saco lateral derecho estaba substituído por una brida fibrosa que se insertaba directamente sobre el cuello mismo.

Al principio creí que se trataba de aglutinaciones de la mucosa, como se observan á consecuencia de ulceraciones en el curso de infecciones graves (tifo, tifoidea, viruelas, etc.), pero una nueva inspección de la vulva me dió á conocer que se trataba de cosa muy distinta, pues observé del lado derecho del vestíbulo vulvar una especie de fisura semilunar, con bordes muy encendidos y sumamente sensibles al tacto, de la cual manaba una gota de mucosidad espesa: la sonda introducida penetró con facilidad y sin dar sangre ó causar

dolor unos 14 ó 16 centímetros, y el dedo colocado sobre la pared lateral derecha de la vagina sentía, con absoluta seguridad, el instrumento. *Se trataba, pues, de una vagina doble, siendo la derecha la rudimentaria, y la izquierda la normalmente desarrollada.*

Con este descubrimiento quedó de plano explicado el por qué de las diferencias experimentadas en los distintos coitos—una vez sensación de placer, otra vez sensación de dolor insufrible—conforme penetraba el miembro en la vagina normal ó en la rudimentaria.

Una vez puesto en el camino, fácil me fué averiguar que á cada vagina correspondía un cuello—del lado derecho minúsculo y con un orificio apenas perceptible, y del lado izquierdo del tamaño y con un orificio normales. La sonda introducida á las respectivas cavidades uterinas arrojaba por el lado derecho una profundidad de 5 centímetros y de 7 centímetros para el lado izquierdo. *Se trataba, pues, además, de una vagina doble, también de un útero duplicado, siendo el derecho el rudimentario y el izquierdo el normalmente desarrollado.*

Aconsejé á los esposos la conveniencia de extirpar el tabique vaginal para corregir siquiera las dificultades matrimoniales, pero urgentes ocupaciones llamaron al marido fuera de San Luis Potosí, y así los perdí de vista por un año poco mas ó menos, cuando inopinadamente fuí de nuevo consultado por la misma enferma que residía en la ciudad de México, adonde entretanto había cambiado mi residencia.

Pude entonces recoger los datos siguientes: Unos cuantos meses después de haber consultado conmigo se vieron nuevamente obligados á pedir auxilios profesionales y llamaron en esta ocasión al Dr. Rob. Emmerson, de Chihuahua, quien de una manera independiente formuló exactamente el mismo diagnóstico y en seguida operó á la paciente.

He aquí lo que á ese respecto me escribe el mencionado facultativo:

«Estimado compañero. Contestando su pregunta respecto del caso de la «Sra. X, tengo el gusto de manifestarle que la operación se hizo el 18 de Agos«to de 1902, resecando entonces el tabique vaginal y exponiendo á la vista los «dos cuellos. El cuello derecho presentaba un aspecto casi embrional y pare«cía además cerrado, y como me hiciera la impresión de no tomar parte activa «en las funciones genésicas, no me ocupé más de él. El cuello izquierdo es«taba notablemente más desarrollado y daba salida á abundante cantidad de «flujo leucorréico, por cuyo motivo practiqué la raspa del endometrio, previa «dilatación con los dilatadores de Goodall, lavatorio con creolina y toques con «ácido fénico al 95 por ciento.»

Desde aquella fecha (18 de Agosto de 1902) hasta el día en que fuí solicitado (23 de Octubre de 1902) no se había vuelto á presentar la menstruación, y como desde entonces tampoco había habido contacto sexual alguno, estaba bastante alarmada la enferma por la supresión inexplicable del período, como ella se expresaba.

Con el objeto de tener mejor acierto, puse á la enferma bajo la acción del cloroformo y encontré entonces el estado siguiente: *Utero izquierdo vacío; útero derecho fluctuante, compresible, del tamaño de un útero grávido de 12 semanas.*[1]

El interrogatorio del marido vino á confirmar que efectivamente había habido un contacto sexual á fines de Julio, de manera que ambas fechas corres-

1 Copio este diagnóstico textualmente de mi libro de registro.

pondían con mi diagnóstico de un embarazo de 8 meses; es decir, el embarazo se verificó unas tres semanas antes de la operación practicada por el Dr. Emmerson.

A la vez que pude averiguar la existencia del embarazo en el útero atrofiado, pude notar un segundo hecho que más tarde debía tener su alta significación: *encontré una sinfisis casi horizontal que acortaba de una manera notable la distancia sacro-pubiana, conocida con el nombre de conjugada diagonal* (del promontorio al arco pubiano).

Una vez comprobada la existencia de un embarazo en el útero rudimentario, dos eran los caminos que podían andarse:

1º Dejar el curso á la naturaleza y reservarse el intervenir activamente cuando fuere necesario y de la manera que fuere necesaria.[1]

2º Intervenir desde luego provocando el aborto artificial por temor á complicaciones ulteriores, dada la anomalía de la sinfisis y la anomalía del mismo útero.

No me decidí á proponer el aborto, por juzgar que, al practicarlo sobre un útero rudimentario, probablemente yo mismo provocaba las complicaciones que pretendía evitar, y además siempre es triste papel el de sacrificar con intención una vida nada más por temores que ni se sabe si efectivamente tienen que realizarse; y finalmente, dudo que mi proposición hubiera sido aceptada por la madre misma, toda vez que se basaba en temores únicamente. Y siempre que veo al hermoso niño cuya vida salvé en vez de destruirla, me convenzo más y más que hice bien en no sacrificarlo, máxime cuando creo poder probar que la muerte de la madre fué debida más bien á una serie de verdaderas calamidades, que no estaba en mi mano evitar, pero que, al no haberse presentado todas en conjunto, posible á lo menos era salvar también á ella con su hijo.

Antes de llegar á la descripción de las circunstancias que me orillaron á la sección cesárea, creo oportuno echar una ojeada retrospectiva y condensar en unas cuantas líneas las múltiples rarezas que presentaba desde sus principios esta observación verdaderamente excepcional.

1º Se trata de uno de esos casos, nada comunes, de existir dos úteros, entre sí independientes, cada uno con su cavidad y su cuello separado, y de dos vaginas igualmente independientes, siendo el útero y la vagina del lado derecho el menos desarrollado; y la fatalidad ha querido que precisamente el útero atrofiado fuera el predestinado á dar cabida al feto.

2º Habiéndose verificado el embarazo antes de que fuera suprimido el tabique vaginal, y siendo la entrada á la vagina rudimentaria tan estrecha, que de seguro no podía penetrar á ella el miembro en erección, ó en el caso de haber forzado la vía resultaba tan doloroso para ambos cónyuges el coito que era forzoso suspenderlo, lo natural era que la vagina normal fuera la que presentara todas las probabilidades para facilitar el embarazo, en su útero correspondiente; ¡pues no! El semen depositado en la vagina izquierda, ó en la vulva, encontró modo de caminar á través de la fisura que conducía á la vagina derecha y precisamente lo que parecía menos probable hubo de verificarse en este caso: los espermatozoas penetraron de toda preferencia á la va-

1 H. Chéron, en *L'Obstétrique*, 15 Mars 1897: De l'utérus didelphe, refiere que de 18 casos 17 veces se logró un parto normal por las vías naturales.

gina rudimentaria hasta llegar al útero atrofiado en donde encontraron albergue.[1]

3º Aproximadamente tres semanas después de verificado el embarazo, se practicó no tan sólo la escisión del tabique vaginal, sino la raspa y el lavado del útero izquierdo, sin que esta intervención hubiera provocado en el útero derecho contracciones reflejas. No me son desconocidos los casos de haberse extirpado un ovario degenerado ó un mioma uterino,[2] estando embarazada la enferma, y precisamente en apoyo de esa clase de intervenciones, á pesar del estado grávido, hago resaltar la tolerancia del útero para manipulaciones quirúrgicas en su inmediata vecindad.

4º Como último punto digno de atención, deseo insistir sobre la anomalía de la sínfisis que yo calificaría de «sínfisis oblicua» la que sin duda vino complicando de una manera seria el caso, ya de por sí bastante complicado.

Tiempo hace ya que he venido fijándome en mis exámenes ginecológicos en que algunas vulvas parecían más cargadas hacia el ano, reduciéndose por consiguiente el perineo á su expresión mínima—á veces 1-1½ centímetro en nulíparas—y casi en todos estos casos coincidía con la dislocación vulvar hacia abajo y atrás la mencionada oblicuidad de la sínfisis.

Considerando que en circunstancias normales la sínfisis se encuentra, en términos generales, paralela á la cara anterior del primero y segundo huesos sacros, llega, en casos de «sínfisis oblicua,» á acercarse ésta con su cara inferior (arco pubiano) de tal manera á la excavación sacra, que resulta una notable disminución del diámetro antero-posterior en el estrecho inferior.[3] Por más que intenté determinar la conjugata diagonalis no logré hacerlo, así es que me es imposible dar en centímetros la disminución del diámetro antero-posterior, y sólo tengo que concretarme á decir que no era nada despreciable.

II

El embarazo siguió su marcha normal, observándose en su curso los preceptos de higiene y alimentación respectivos que omito referir, y únicamente diré que en los dos últimos meses aconsejé una dieta moderada en cuanto á grasas y féculas, con objeto de reducir el tamaño del feto, é instituí el uso de baños calientes é inyecciones vaginales desinfectantes.

La posición del feto era la primera de vértice, los ruidos del corazón fuertes y rítmicos, y el estado general de la madre muy satistactorio, de modo que todo permitía augurar un resultado feliz, cuando de un modo inopinado una circunstancia verdaderamente casual vino á cambiar por completo el cuadro antes tan halagador.

Faltarían aproximadamente unas dos semanas para el término normal del embarazo, cuando la enferma oyó una noche debajo de sus balcones unos gemi-

1 Lo único que faltaba aquí, para colmo de calamidades, era un embarazo doble, en cada útero uno, pero gracias al catarro del útero izquierdo no llegó á verificarse semejante monstruosidad.

2 Me refiero entre otros á un caso operado con éxito por el Dr. Suárez Gamboa el año pasado, á quien felicito por esta brillante operación.

3 Ignoro si existe algún estudio sobre el particular, ni tampoco puedo suministrar datos matemáticos á ese respecto, pues nunca he hecho medidas en esqueletos así deformados, pero juzgo que esta anomalía es bastante frecuente en México.

dos y unos lamentos tan lastimeros, que se imaginó hubiera un moribundo á la puerta de su casa.[1]

Dió inconscientemente un salto de la cama, y corrió á toda prisa á la ventana; en este instante se le reventó prematuramente la fuente y á la vez se colocó el feto en la posición podálica!

Eso sucedió á la madrugada del día 19 de Abril de 1903. A las 10 de la mañana del mismo día, ví á la enferma que seguía arrojando agua; el útero tetánicamente contraído alrededor del feto, de manera que con claridad *se veían y se palpaban sus contornos.*

Comprendí inmediatamente la suma gravedad de la situación y, acto continuo, aconsejé una consulta con otros compañeros, la que se verificó en la tarde del mismo día, siendo el resultado el que se conviniera en trasladar inmediatamente á la señora á mi sanatorio quirúrgico para estar prevenido para toda emergencia.

A las nueve de la noche se volvió á citar una segunda junta á la cual asistieron los Sres. Dres. Westmoreland, Fichtner, Schmidtlein y L. Estrada, y después de una concienzuda consideración de todas las circunstancias se convino en proponer al marido la operación cesárea por indicación relativa,[2] fundados en las siguientes razones:

1º La mala posición del feto (la podálica).

2º Las paredes enormemente adelgazadas del útero que se palpaban con claridad.

3º La estrechez de la vagina que absolutamente no estaba dilatada.

4º La ruptura prematura de la bolsa de las aguas.

5º La reducción del diámetro antero-posterior de la pelvis debido á la sínfisis casi horizontal.

6º El estado casi tetánico de contracción del útero.

Todas estas circunstancias combinadas nos hicieron desechar de plano todo intento de extraer el feto por las vías naturales, por temor á una ruptura uterina, y de común acuerdo se convino en practicar la operación cesárea en el curso de la misma noche, para cuyo fin nos citamos para las 12 de la noche.

En momentos ya de querer empezar á desinfectarme fuí llamado urgentemente por un viejo amigo con quien tenía el formal compromiso de asistir á su señora, y al cual, negándome desde luego á acompañarle, me hizo notar con sobrada justicia su situación demasiado aflictiva:

«Ud. tiene conmigo—me decía—solemne compromiso de asistir á mi se-«ñora, y fiado en su palabra no hemos visto á ningún otro facultativo, y al de-«jarme abandonado á estas altas horas de la noche, ¿de dónde quiere Ud. que «yo saque á un médico que quiera encargarse de una parturienta que ni co-«noce siquiera? Además, mi señora es multípara, y de seguro muy pronto se «desocupará Ud.; y finalmente aquí sobran médicos para atender á la enferma «(éramos cinco profesores) mientras que mi señora quedaría absolutamente «abandonada si Ud. se negase á acompañarme.»

En esta alternativa terrible consulté brevemente con mis compañeros, y se convino que lo mejor era que yo fuera á atender violentamente á la otra parturienta que se encontraba ya en pleno trabajo, mientras que aquí perma-

1 Lo que pasaba era que una pobre mujer acababa de dar á luz en la calle debajo de sus ventanas.

2 Las últimas estadísticas de las clínicas alemanas arrojan una mortalidad de 8 por 100 para la operación cesárea practicada en buenas condiciones.

necía el útero tetánicamente contraído, sin que se notase contracciones rítmicas y expulsivas.

Me fuí pues, con mi cliente, á cumplir mi palabra empeñada, y apenas habían trascurrido dos horas cuando recibí el recado desconsolador que en aquella enferma también había empezado á formalizarse el trabajo.

Recados urgentes por un lado—súplicas no menos conmovedoras por el otro.

Aquí duchas calientes y masaje del útero para violentar el parto—allá inyecciones de morfina y bromuros en alta dosis para retardarlo.

Aquí una hemorragia considerable por el parto precipitado—allá la ruptura del útero [1] atrofiado por las contracciones demasiado enérgicas y la falta del líquido amniótico.

Ese fué el resultado final de aquella noche angustiosa que con letras de fuego ha quedado grabada para siempre en mi memoria.

Al fin nació el niño con felicidad, y rendido por la lucha moral más bien que por el cansancio físico, llegué á las 7 de la mañana á mi sanatorio para practicar acto continue la operación cesárea. [2]

Copio textualmente la descripción que de ella se encuentra hecha en mi registro de operaciones á fojas 88.

20 de Abril de 1903, á las 8 a. m.

Operador: Dr. Pagenstecher. Cloroformador: Dr. Westmoreland. Asistentes: Dres. Fichtner, Schmidtlein, López Estrada y Meltzer. Practicantes: Colunga y Viramontes.

Operación Cesárea.—Incisión de arriba abajo en la línea media, desde dos dedos debajo del apéndice hasta dos dedos de la sínfisis, midiendo en total aproximadamente 30 centímetros. Al abrir la cavidad peritoneal salió cerca de un litro de agua verdosa brotando de la profundidad y pasando á ambos lados del útero. Con toallas esterilizadas se protegen los intestinos, y con facilidad se hace la eventración del útero grávido y se confía al Dr. Fitchner la compresión bimanual de la base del útero. Rápida incisión del útero, en la línea media partiendo del fondo hasta cerca de las manos del asistente que comprimía la base uterina (aproximadamente unos 25 centímetros.

Por haber caído la parte superior de la incisión sobre la placenta, introduje en su parte inferior la mano izquierda y extraje violentamente al feto agarrándole por una pierna, y después de haber rápidamente seccionado entre dos pinzas de forcipresura el cordón, entregué el niño profundamente asfixiado al Dr. Meltzer, quien después de mucho luchar, logró volverlo á la vida mediante la respiración artificial.

La incisión de la pared abdominal inclusive la escisión del ombligo duró 5 minutos, y la del útero inclusive, la extracción del feto y la sección del cordón duró 1¼ minuto.

Al caer la incisión en parte sobre la placenta se profundizó con violencia hasta terminarla sin perder el tiempo en hacer la hemostasis. La hemorragia cesó casi inmediatamente después de haber vaciado el útero y el asistente en-

1 A las 4 de la madrugada se reventó el útero después de contracciones tetánicas casi no interrumpidas que cesaron como por encanto una vez verificada la ruptura.

2 Tengo que agregar que la enferma se negaba en lo absoluto á ser operada por otro cirujano y prefirió á toda costa esperar que yo me desocupara.

cargado de la compresión uterina sintió inmediatamente las enérgicas contracciones uterinas que produjeron el despegamento de la placenta. Al examinar el útero se notó que á pesar de la enorme incisión se había producido en el ángulo inferior una desgarradura de cada lado, precisamente en el lugar del anillo de constricción: esto en la cara anterior.

En la cara posterior se notaba una ruptura transversal de cerca de 10 centímetros de longitud, igualmente correspondiente al anillo de constricción (altura del orificio interno) que interesaba todas las capas del útero, y empalmándose con ella una segunda longitudinal que interesaba únicamente al peritoneo y se extendía hasta el fondo del Douglas.

Se practicó la ablación del útero derecho supravaginal, previa ligadura elástica. Al seguir dando mucha sangre las uterinas, se trató de apretar más la ligadura elástica cuando por desgracia se reventó la goma. A toda prisa se colocó un constrictor de Chassaignac, de tal manera que quedaron comprendidos en la asa los anexos derechos y todo el útero derecho, y al apretar la cadena se dominó por completo la hemorragia.

En seguida se procedió á la esterilización de la enferma, resecando la trompa izquierda en el lugar de inserción al útero. El útero izquierdo tenía el tamaño de una pera grande,[1] muy turgescente y lleno de sangre venosa, al grado que fué verdaderamente notable la sangre que dieron las varias suturas que se pusieron en su substancia para cubrir el lugar de la resección de la trompa.

Gran lavado de la cavidad abdominal con solución salina. Sutura transversal del muñón uterino con hilos de seda. La asa del constrictor se deja por de pronto en su lugar, y se hace la sutura de la incisión abdominal desde su extremidad superior hasta llegar al muñón que queda colocado extraperitonealmente con sus gasas canalizadoras de todos los lados.

Duración de la operación: 2½ horas. Cloroformo: 1½ onza. Eter: 200 gramos.

20 de Abril	8 a. m.	37.8— 80	Operación cesárea.
	5 p. m.	37.2— 88—20.	Buen estado general.
	8 p. m.	37.4— 90—20.	
	11 p. m.	37.4—100—20.	Vientre doloroso á la presión. Agitación nerviosa. 1 gr. Bromuro
21 de Abril	8 a. m.	37.2— 82—22.	Orina espontáneamente. Una cucharadita de sulfato de magnesia; durante la noche se aflojó varias veces el constrictor Chassaignac.
	1 p. m.	37. — 90—24.	
	5 p. m.		Una cucharadia de sulfato de magnesia.
	8 p. m.	37. —114—20.	Vientre blando, indoloro. Estado bueno.
22 de Abril	8 a. m.	37.2—105—22.	Vientre elevado. Durmió mal. Ruido intestinal. 1 gr. de calomel.
	3 p. m.	37.8—114—28.	Lavativa alta de 15 litros, y al terminar una lavativa con alumbre. Inyección subcutánea de atropina.
	6 p. m.	37.3—140—32.	
	8 p. m.	37.3—130—32.	
	12 p. m.	37.3—140—32.	

1 Al hacer el tacto vaginal se encontró el cuello del útero vacío, borrado y abierto para la introducción del dedo.

En vista del timpanismo cada vez más pronunciado, del pulso sumamente frecuente, todos síntomas de una parálisis intestinal, se decide una segunda operación con la esperanza de que la causa de la parálisis sea meramente mecánica, y se procede á practicarla á media noche, es decir, 64 horas después de la primera.

Segunda Operación.—Al descubrir la herida se encuentra el muñón en vías de esfacelación por la constricción del Chassaignac, con ligero mal olor y algo de crepitación gaseosa. Se revientan tres puntos de sutura é introduciendo la mano rumbo á los anexos izquierdos, se encuentra inmediatamente una asa intestinal firmemente adherida á la desgarradura peritoneal del Douglas que se describió anteriormente. Con cuidado se despega el intestino y se cauteriza con Paquelin el lugar de la adherencia. Arriba de la adherencia se encuentra el intestino delgado enormemente distendido por gases; punciones capilares en varios puntos dan abundante salida á gases fétidos. Sutura con seda fina de los puntos puncionados. Finalmente, amplio lavado de la cavidad con solución salina; se envuelve el muñón con gasa yodoformada y se canaliza la cavidad peritoneal por el ángulo inferior.

22 de Abril	2 a. m.	37. —110—30.	Inmediatamente después de operada.
23 de Abril	8 a. m.	36.2—106—28.	Durante la noche 3 miligramos de Estricnina.
	10 a. m.	36.2—110—28.	Vómito verdoso. Mucha excitación.
	11 a. m.	35.4—110—30.	Meteorismo exagerado, vómitos negruzcos.
	9 p. m.		Todo el cuerpo enfriándose paulatinamente. Inteligencia despejada. Finalmente muerte en pleno conocimiento y con toda resignación.

(Concluirá.)

SECCION XVII

TERAPEUTICA

LITIASIS RENAL.—SU TRATAMIENTO.

Un caso de esta penosa y rebelde enfermedad que en estos momentos está confiado á nuestra dirección, nos ha hecho ocuparnos últimamente de ella, estudiar las ideas más aceptadas en la terapéutica moderna. En estas circunstancias acabamos de encontrar un artículo del Dr. Monin, bien conocido de nuestro público médico por haber tomado varios de sus artículos como tema de los que mensualmente dedicamos á esta sección de la «Crónica.»

Monin comienza afirmando que la litiasis úrica, la gravela renal, presenta distintos grados y algunas variedades, siendo la gravela úrica, la que con más frecuencia se encuentra en la práctica, puesto que la fosfática sólo es un síntoma del catarro ó inflamación de las vías urinarias. Esta gravela úrica sólo es una modalidad de la uricemia y de la gota. Llega por lo común después de la dispepsia y es originada por el abuso de la buena mesa y de las bebidas fermentadas, por lo cual es anunciada con frecuencia por la congestión hepática y la dispepsia ácida; aparece á causa de una vida sedenta-

ria exagerada, de un enfriamiento brusco, de un trastorno digestivo serio ó de influencias morales depresivas que acentúan la braditrofia comprometiendo la oxidaciones intracelulares, precipitándose entonces en forma de concreciones, los uratos y el ácido úrico, tan luego como aumenta la acidez de la sangre y disminuye la depuración renal.

Estas pequeñas concreciones depositanse en los canalículos uriníferos y en el cáliz del riñón, provocando al ingresar en el uréter esas crisis dolorosas que todos hemos presenciado y que sostiene la progresión del calculillo.

Cuando sólo existen en la forma de arenillas, su expulsión es indolora, hallándose entonces en suspensión en la orina; este período pudiera llamarse de evolución latente por ser del todo indoloro, pero sabiéndose que precede á aquel en que las crisis tremendas aparecen, preciso es instituir desde luego una medicación que conjure el peligro que asoma en lontananza, recomendando la higiene más severa, las bebidas diuréticas y uroliticas y la medicación oxidante que se recomienda en los artríticos. A veces puede obtenerse el triunfo así.

El Dr. Monin señala de paso la sintomatología del cólico nefrítico, y aunque esto salga un poco del carácter del presente artículo, que debía limitarse á la parte terapéutica, vamos á extractarla porque en brevísimas líneas la condensa.

Precede al cólico nefrítico una sensación de pesantez vesical y una especie de lumbago que se exaspera poco á poco intensificándose de un lado sobre todo é irradiándose de preferencia hacia los órganos genitales. Hay deseos de orinar, disuria ó estrangurria por el obstáculo mecánico á la salida y curso de la orina y á menudo tenesmo rectal, sudores, náuseas y aun vómitos por la participación refleja peritoneal. Todos estos síntomas, así como el dominante que es el dolor, desaparecen como por encanto cuando el cálculo llega á la vejiga. Entonces sobreviene una abundante emisión de orina espesa y con frecuencia albuminosa y sanguinolenta por las desgarraduras sobre el uréter causadas por el cálculo.

Para el momento de la crisis el tratamiento alcalóidico usual y más recomendado es el siguiente, cuyos efectos son evidentemente superiores á los que se obtienen con la medicación antigua, por medio de agentes de una acción si no incierta del todo, cuando menos lenta y mucho menos certera y activa.

En tales circunstancias debe administrarse, según Monin, y es ese el tratamiento que nosotros hemos empleado con mejores resultados, un gránulo de atropina, otro de hiosciamina é igual dosis de los de morfina y bromuro de alcanfor, cada cuarto de hora, en una taza de infusión de grama endulzada con lactosa y tomada de preferencia estando el paciente en un baño con salvado. Nosotros diferimos solamente en la manera de administrar la morfina, pues preferimos sin vacilar la vía hipodérmica, por la rapidez de su acción y la intensidad de su efecto. En seguida, cuando el dolor se ha apaciguado un poco, durante una ó dos horas, substituye á los gránulos anteriores los de codeina, salol y benzoato de litina, también cada cuarto de hora, en una pequeña taza de leche, siendo esta alimentación la única que puede y debe permitirse al enfermo. Como bebida usual, recomienda las tisanas de estigma de maíz, de arenaria, de hojas de morera ó fresno para activar la lixiviación de las vías urinarias y aumentar la tolerancia del estómago. El Sedlitz Ch. Chanteaud debe aplicarse diariamente en pequeña dosis hasta que la lengua deje de presentar un estado saburral, lo cual se obtiene generalmente en ocho ó diez días, con esta sal tan conocida ya entre nosotros.

El Dr. Monin recomienda calurosamente para prevenir la litiasis, el UREOL, nuevo medicamento que sólo es una feliz asociación de benzoato de sosa, de benzoato de litina y de *Urotropina* ó sea la *Hexamethylene-tetramina*, cuyos efectos terapéuticos en estos casos están ya bien determinados y nos son bien conocidos. El *Ureol* se prescribe á la dosis de 3 ó 4 cucharaditas cafeteras al día, en cualquiera de las tisanas indicadas más arriba, lográndose no sólo disminuir los depósitos úricos ya solubilizados, sino la uricemia al mismo tiempo. Monin afirma y los hechos observados ya entre nosotros parecen confirmarlo ampliamente, que este agente medicamentoso es de todos los alcalinos similares el mejor tolerado, no determinando ningún efecto secundario perjudicial sobre el riñón ni sobre el tubo digestivo y sin tener tampoco efectos acumulativos.

En concepto de Monin, el Ureol es oponerse á la insuficiencia hepática, causa de la uricemia, aumentando la vitalidad globular y el valor trófico del protoplasma celular, siendo admisible para él que esta asociación consuma la destrucción intra-hepática del ácido úrico y puede impedir la elaboración especial que efectuase allí y le conduce hasta el riñón. En una palabra, restablece la función uropoiética normal, procurando la oxidación última ó extrema de los albuminoides, es decir, la úrea. En fin, haciendo á un lado las explicaciones teóricas, el Dr. Monin afirma que todos los análisis de la orina, confirmados por los exámenes microscópicos, declaran que con el Ureol se obtiene el aumento del ázoe urinario y la diminución primero y la desaparición después del ácido úrico.

En los gotosos asténicos aconseja el autor asociar al Ureol la Arbutina, para evitar una pielo-nefritis probable «por medio de la hidroquinona al estado naciente, que tiene una acción antiséptica electiva sobre las pelvicillas.» El arseniato de estricnina para estimular la actividad bulbo-medular, excitando por su intermedio las fibras lisas del aparato renal; y la Cuassina (6 á 10 gránulos al día) para aumentar la secreción urinaria, el poder secretor de las pelvicillas y la tonicidad del cuello vesical. La necesidad imperiosa de evacuar el recipiente vesical es evidente por la cistitis y la calculosis, consecuencias habituales de la estasis urinaria en los artríticos.

Siendo precisa una gran cantidad de orina para eliminar un gramo de ácido úrico, debe aconsejarse á los graveloses, como vehículo de la litina y del Ureol, bebidas abundantes acuosas para compensar con el aumento de la diuresis la perturbación patológica funcional, debida al retardo de la nutrición y superacidificación, contribuyendo al resultado el régimen moderado de carne y lacto-vegetariano, con abstinencia de alcohol, té, café, etc., para ayudar á la depleción.

El artrítico y gotoso, necesita sobre todo lograr la diminución permanente y progresiva de la albúmina de la alimentación, de tan difícil asimilación tan pronto como aparece la hiporesistencia del hígado y de los riñones, con atonía concomitante del estómago y del intestino. Por eso deben evitarse los excesos de mesa y sujetarse al régimen dietético indicado y alcalinizante. El graveloso úrico debe abstenerse sobre todo de los manjares ricos en nucleinas, como los sesos, el pescado en general, gelatinas y extractos de carne, de la azúcar, de los alimentos de ahorro, de los colágenos y de las substancias fermentescibles. Si hay oxaluria, debe aconsejarse el cresson, las espinacas, el tomate, los ejotes, las manzanas, el ruibarbo, las aguas calcáreas y el champagne. Con alguna frecuencia el Sedlitz Chanteaud é infusiones aromáticas no azucaradas, con unas 6 gotas de agua regia por litro, según la fórmula de Golding Bird. Los

alcalinos perjudican y no aprovechan á los oxalúricos, conviniendo los ácidos también en gravelas alcalinas ó amoniacales.

El Dr. Monin termina aconsejando el uso de la mezcla siguiente, á la dosis de una cucharada sopera después de cada alimento:

Jarabe de limón.	200	gramos.
Glicerina á 30	50	»
Acido láctico.	10	»
Acido clorhídrico	5	gotas.

Cucharadas.

El Ureol, la Terpina, el ácido benzóico y el Salol, auxiliados por los lavados antisépticos vesicales y un régimen azoado y reconstituyente, el aceite de hígado de bacalao con lecitina y esencia de eucalyptus, completan este tratamiento. Cuando exista la pyelitis el régimen lácteo y los balsámicos, los lavatorios salicilados y algunos puntos de fuego con el termocauterio en la región lombar, deben tenerse presentes para auxiliar el tratamiento general.

Hasta aquí el Dr. Monin, en el artículo que rápidamente hemos transcrito.

Como en alguno de los números anteriores nos hemos ocupado ya de las afecciones renales, para no repetir lo ya expuesto no nos detendremos en hablar de esta especie de padecimientos, ni tampoco de los distintos géneros de cálculos que en el riñón, por distintos trastornos funcionales, pueden formarse dando lugar á la clasificación de «cálculos de ácido úrico» (los más frecuentes), «cálculos de oxalato de cal,» cálculos fosfáticos» y «cálculos de cistina y de xantina» (en extremo raros), siendo todo esto bien conocido de nuestros lectores.

Lo único que nos permitimos recordar para que en el examen clínico siempre se tenga presente, es que en toda diatesis la formación de los cálculos es frecuentísima, porque cualquier cuerpo extraño, aun muy pequeño y blando, puede originar estas concreciones, el moco, un cristal cualquiera, una costra epitélica, un diminuto coágulo, un equinococo, etc., etc. Tampoco debe olvidarse la herencia que desempeña un papel muy importante é indiscutible.

Sobre la terapéutica que debe adoptarse tampoco hablaremos, pues la recomendada por el Dr. Monin nos parece lógica y correcta. Inútil casi es agregar tan sólo que en las crisis dolorosas determinadas por la enfermedad en los momentos en que se verifica la expulsión del cálculo, permitido y aun indispensable es apelar á la anestesia clorofórmica, pues si la concreción que camina por el uréter tiene un diámetro sensiblemente mayor que el calibre de este canal, su progresión es de tal manera dolorosa, que ni el tratamiento recomendado, ni las inyecciones de morfina bastan para dominar la intensidad del sufrimiento provocado por ella. De los dolores á que dan origen los distintos padecimientos de nuestro organismo, creemos que los provocados por el paso de un cálculo por el uréter, pueden colocarse entre los de primera categoría. Estos dolores tienen una marcada analogía con los producidos por la litiasis biliar.

Por esa razón los analgésicos usuales y de mayor valía, son con frecuencia insuficientes para amortiguar el rudo sufrimiento que produce la dilatación forzada, con desgarraduras y lesiones traumáticas muchas veces, del uréter.

Para nosotros el medicamento heroico en tal emergencia continúa siendo la Hiosciamina, y el uso de ella es el que más calurosamente recomendamos á nuestros lectores, con el convencimiento de que el efecto benéfico que de este agente no se obtenga, no podrá lograrse con ninguna otra medicación, exceptuando por supuesto la de los anestésicos generales.

En la litiasis renal es de rigor y es en efecto la práctica seguida universalmente, el seguir al principio un tratamiento médico exclusivamente, para recurrir al operatorio tan luego como las indicaciones para ello sean ineludibles y bien y debidamente justipreciadas por el clínico.

Cuando los síntomas objetivos indican la obstrucción del uréter, una inminente perforación y tras ella una peritonitis de gravísimo pronóstico, cuando la uremia amenaza, anunciada por la anuria, cuando la orina fétida y los síntomas generales revelan una infección nacida y radicada en el riñón, la intervención quirúrgica se impone, y de ella depende entonces únicamente la salvación del enfermo. Sólo queda entonces por resolver el problema que entraña la elección del género de intervención que cada caso requiere y exige.

La «Nefrolitotomia,» la «Nefrotomia» y la «Nefrectomia», tienen evidentemente su indicación precisa y bien limitada y de su acertada elección depende el fruto más ó menos opimo que recojan después de ejecutada tanto el enfermo como el operador á cuya pericia y buen criterio está encomendado el caso.

En unas cuantas líneas y aprovechando la oportunidad, daremos en seguida las indicaciones principales de esas tres diferentes intervenciones sobre el riñón.

La *Nefrolitotomia* es aplicable en los casos recientes, en que el riñón está intacto, dando todavía una orina clara, y sólo puede suponerse ó existe diagnosticada una hidronefrosis. En estos casos la Nefrolitotomia es de preferirse y no presenta grandes dificultades para su ejecución.

La *Nefrotomia* deberá ser preferida cuando los cálculos, pues varios pueden encontrarse á la vez, se encuentran incrustados en el parenquima y asimismo cuando existen abscesos en el riñón y la orina del enfermo indica por sus caracteres la existencia de un foco infeccioso en dicho órgano. El método más adoptado, en Alemania sobre todo, es el de practicar la incisión en estos casos, á lo largo de la línea media del borde renal convexo, teniendo así la posibilidad de darse cuenta exacta del estado del órgano enfermo y alterado.

La *Nefrectomia* sólo deberá emprenderse cuando, por las manifestaciones generales y la gravedad de la situación sea indispensable la extirpación de un órgano incapaz de desempeñar sus funciones fisiológicas, habiendo llegado á ser por sus condiciones patológicas, una amenaza constante.

La vía de elección de preferencia para todas estas intervenciones, salvo alguna circunstancia excepcional en que proceda lo contrario, es siempre la extra-peritoneal, habiendo algunos operadores que recomiendan la operación en dos sesiones, para reducir más aún las consecuencias post-operatorias de este género de intervenciones á que dan lugar no solamente los accidentes litiásicos sino también otras muchas afecciones de este órgano, tumores, degeneraciones, etc., etc.

DR. E. L. ABOGADO.

SECCION XXIX.

EXHUMACION DE MEDICOS CELEBRES.

REMBERT DODOENS.

Entre las estrellas de primera magnitud que han tachonado el cielo siempre hermoso de la Bélgica, hay una que llama nuestra atención y de la que no es fácil retirar la mirada.

Rembert Dodoens, nacido en Malines el 29 de Junio de 1518, merece el título de verdadero creador de la Anatomía Patológica. Este ilustre compatriota de Vesalio, Van de Spiegel, Rega, Van Helmont y Palfyn, recorre las principales capitales de la Europa y es profesor de algunas de las escuelas más célebres. Médico del trono de Alemania, asiste primero á Maximiliano II, y después de la muerte de este monarca, á su heredero é hijo Rodolfo II. Antes de Dodoens, la Anatomía patológica, ciencia positiva en sus interpretaciones, estaba constituída por una lista de hechos mal inventariados y pésimamente interpretados, siendo así que es una rama que debe servir de complemento en la plancha del anfiteatro á la observación de los enfermos en el lecho de la sala, para más tarde guiar al médico en el diagnóstico, en la marcha y tratamiento de las dolencias.

La modificación que en la estructura de los tejidos determina la enfermedad, ha sido una preocupación tan grande como antigua; se pierde en la noche de los tiempos. Los dos ilustres fundadores de la Escuela de Alejandría, Erofilo y Erasistrato, se ocuparon en la apertura de los cadáveres y en estudiar las alteraciones que la enfermedad imprime en los órganos. Rufo de Efeso trata de las enfermedades del riñón, vejiga y testículos; llama la atención sobre la diferencia de espesor de los dos ventrículos del corazón, identifica al páncreas que se confundía hasta entonces con ganglios mesentéricos, y hace notar que el timus no siempre se encuentra en el cadáver, debiéndose á él el conocimiento de la comisura de los nervios ópticos al nivel del infundíbulo. Al partir de aquí queda un enorme espacio de tiempo, hasta Vesalio, que en el siglo XVI hace renacer la Anatomía patológica, legando inmortal obra, que publica Colombo, su adicto discípulo, su hábil prosector, que había ayudado al maestro á recoger los hechos más curiosos en la plancha del anfiteatro. Entre ellos llama la atención y se consigna la ausencia del pericardio, y la presencia de un absceso del mediastino anterior. Colombo, basado en sus profundos conocimientos de Anatomía, propone tratarlo por el trépano del esternón, por un procedimiento ya indicado por Galeno.

En 1573 Volcher Coiter, el discípulo más amado de Falopio, escribe un brillante opúsculo que tiende á excitar á los jueces para que permitan la autopsia de individuos que han sucumbido á enfermedades ocultas é ignoradas. Señala abscesos profundos de las vísceras, ictericias por cálculos biliares, cáncer del estómago, hidrotórax, edema del pulmón, parálisis consecutivas á derrames de los ventrículos ó de las meninges y curación de heridas del cráneo con bastas pérdidas de substancia nerviosa.

Rembert Dodoens, cargado de años y de honores, poco antes de su muerte publica su obra, enriquecida de piezas inéditas y documentos de originalidad precisa; sus reflexiones resaltan por una sublime severidad. Del prólogo de

«Medicinalium observatorum exempla» desprendemos los conceptos siguientes: «No cabe duda que los médicos podrían esparcir muchas luces sobre las enfermedades ocultas y difíciles de conocer, así como sobre sus causas, si se les hubiese permitido abrir el cuerpo de personas muertas á causa de estas enfermedades.»

«En efecto, no hay investigación por exacta que sea, que descubra con más seguridad y más fácilmente la verdad, que la apertura de los cadáveres. Ella nos da á conocer la afección, las causas que han presidido á su génesis y síntomas y á describir los verdaderos tratamientos curativos que les conviene.»

El libro era interesante, su documentación original. En efecto, Dodoens publicó en la colección de observaciones, estudios elegantes y juiciosos sobre el sistema nervioso, y con excepcional fortuna descubrió causas desconocidas que daban á su obra el interés de la novedad.

Entre sus curiosas observaciones vamos á entresacar algunas. Cita el caso de un individuo que después de una herida en la parte superior izquierda de la cabeza, presenta resolución del lado derecho. Hasta la época de Dodoens, se creía que la parálisis del medio cuerpo estaba del mismo lado que la lesión cerebral. Su observación vino á declarar que una hemiplegia de causa cerebral ocupa el lado opuesto á aquel en donde está situada la lesión del cerebro. Este documento aislado era una unidad garantizada por requisitos excepcionales: espíritu metódico y positivo, observador sagaz y analista vigoroso. Tal caso chocó con las ideas reinantes de la época y se adelantó á la fisiología que muchos lustros después sancionó la misma ley señalada por el médico de Malines.

En otros pasajes de su obra, se ven aneurismas de las arterias coronarias y pilóricas, úlceras del estómago, gangrenas del pulmón y alteraciones de estas vísceras en las neumonías epidémicas, que corresponden á lo que hoy se describe como hepatización gris. Concreciones cretáceas en los pulmones de los tísicos, y abunda en notas acerca de las vías génito-urinarias, una de ellas perteneciente á un príncipe francés. Entre éstas, describe lesiones ascendentes consecutivas á enfermedades de la uretra y hace numerosas reflexiones acerca de una fiebre urinosa de tipo intermitente. Todas estas reflexiones son algo muy interesante, de lo que ha venido haciendo la ciencia en la lenta cristalización de los siglos.

En otros capítulos entra en detalles sobre las hemorragias suplementarias por supresión de los menstruos y narra dos casos: uno que dió lugar á hemoptisis y otro á lágrimas sangrientas.

Fué además el primero que llamó la atención sobre la inflamación y supuración de los músculos abdominales. Tiene magistralmente descritos peritonitis por perforación de asas intestinales.

Estos documentos los he examinado con interés, al que se mezcla cierta emoción, que comprenderán todos aquellos que se hayan complacido con evocar en el polvo de los archivos algunas figuras del pasado.

Tal es la colección de hechos exactos, yo diría preciosos, recogidos en el anfiteatro por el ilustre médico de Malines. Ellos bastan para demostrar que este célebre médico belga quitó muchas ideas erróneas que había antes de él; ilustrando algunos puntos con elegante sencillez, señalando otros que más tarde se han venido á comprobar, pero siendo siempre, sin duda, uno de los más grandes y juiciosos observadores que ilustraron el siglo XVI.

México, Junio 20 de 1905.

DR. FRANCISCO BULMAN.

EN TODAS PARTES CUECEN HABAS

Traducimos de la *Revue Pharmaceutique d'Hypodermie,* lo siguiente:

«Según una estadística ministerial reciente, hay en Prusia 4,104 personas que sin título ejercen la medicina. En 3,615 se ha hecho constar el sexo, resultando 2,703 hombres y 812 mujeres. La edad de los curanderos es muy variable: el más joven tiene 16 años «y por herencia de su padre» ejerce en Treves, y la más vieja es una anciana de 90 años que cura (?) en Posen, teniendo como especialidad la Obstetricia, pero abrazando toda la medicina en general. Siendo el aumento general de la población de un 61 por ciento, el número de los charlatanes ha aumentado últimamente un 1,600 por ciento.... Lucidos están en Prusia....

«Todas las clases y oficios dan su contingente de curanderos, pero sobre todo forman ese gremio los obreros, los domésticos sin colocación, los peluqueros y los dentistas, aunque no escasean los eclesiásticos y los maestros de escuela, así como los agentes de policía y militares retirados ó dados de baja. Los farmacéuticos completan naturalmente esta cofradía. Entre las mujeres se señalan las que han sido criadas calificándose ellas mismas de pastoras, completando el número algunas viudas de abogados y de banqueros. Respecto de su educación é instrucción apenas alcanza á la instrucción primaria y muchos son enteramente analfabetas, los cuales tienen, sin embargo, buena aceptación. Tal es la estadística del charlatanismo en la aurora del Siglo XX....»

Según parece, los señores prusianos andan tan mal como nosotros en México, en donde por desgracia no se ha levantado una estadística semejante, pero que, si se hiciese, daría resultados y cifras más desconsoladoras.

Aquí, por razones de altísima filosofía y por principios de una trascendental sociología, que no están sin duda al alcance de todos, existe la absoluta libertad de profesiones, y con ella la Medicina es el hospitalario garitón en que se refugian muchos audaces, cuando sobre su horizonte ven aparecer el nubarrón de la miseria, porque en la primitiva senda que han adoptado para vivir no han logrado prosperar.

En México la medicina es una Madre cariñosa que amamanta á muchos, muchos desheredados... La explotación de la credulidad del público estulto, muy numeroso y productivo por ende, es tan fácil y nuestras leyes sobre la materia son tan paternales y tolerantes, que es difícil resistir la tentación. El capital necesario para este *negocio* es bien reducido, se encuentra al alcance de las más modestas fortunas: una placa para anunciar en la puerta el improvisado y flamante Doctorado, unos anuncios llamativos preconizando la especialidad elegida, la extracción de la solitaria, la tuberculosis curada por un específico maravilloso que hace escupir (?) los tuberculos en brevísimo plazo, el cáncer, el tifo, etc., etc., unos letreros policromos y rimbombantes y una audacia *extra-quality*, bastan para que las moscas acudan al Tangle foot...

No cabe duda: en México cocemos habas á calderadas....

E. L. A.

SECCION XXX.

BIBLIOGRAFIA

Técnica de los análisis químicos, médicos, industriales, de productos alimenticios y Farmacéuticos, por J. Tarbouriech, Jefe de los trabajos prácticos de Química, Farmacia y Toxicología de la Escuela Superior de Farmacia de Montpellier, etc. Traducción castellana de D. Joaquín Olmedilla y Puig, Doctor y Catedrático de Farmacia de la Universidad Central. Un tomo de 530 páginas, encuadernado en tela. Bailly-Baillière é Hijos, editores. Madrid, 1905. Precio: ocho pesetas.

He aquí una obra que recomendamos con verdadero empeño á cuantos deseen conocer á fondo los modernos, sencillos y más valiosos procedimientos de análisis químico, y con cuyas enseñanzas podrán efectuar el industrial, el ingeniero, el médico y el farmacéutico, los ensayos que la práctica de su profesión requieren con una precisión suma, aun contando con un material de laboratorio escaso.

Ojeando esta obra, á primera vista resalta que tenemos delante el libro más completo, variado é instructivo de análisis químico. Su autor empieza dando el detalle de algunas operaciones de análisis cuantitativo que se usan constantemente y gran número de datos generales que es necesario tener presente en cualquier análisis que se haya de efectuar, tales como los pesos atómicos de los cuerpos simples, los pesos moleculares de los cuerpos compuestos, los reactivos generales de los alcaloides, los reactivos químicos generales ó especiales, las fórmulas de los líquidos valorados necesarios para el análisis cuantitativo, etc., etc.

A continuación da á conocer las reacciones principales de las bases y ácidos minerales, las de los ácidos orgánicos y alcaloides. En capítulos sucesivos se ocupa: en el tercero, de los análisis industriales, teniendo muy en cuenta las variaciones de estos trabajos que se exigen al químico en consonancia con las regiones y naturaleza de las industrias; en el cuarto, del ensayo de productos alimenticios, de los procedimientos destinados á comprobar su identidad con las sustancias de composición normal y asegurarse de su conservación; en el quinto, del análisis de las orinas, del examen de los cálculos urinarios, del ensayo del jugo gástrico, y en general de los análisis médicos; en el sexto, sin duda uno de los más notables y laboriosos, están agrupados los ensayos de los productos farmacéuticos, proporcionando al profesor el camino más fácil y expedito para resolver los problemas analíticos que necesita afrontar continuamente. En una palabra, el farmacéutico encuentra resuelto cuantos conocimientos de análisis están relacionados con su carrera.

Tal es el plan de este manual, que por su utilidad y lo completo que es recomendamos á nuestros lectores.

Esta obra, como todas las que en esta Sección aparecen, puede adquirirse, al precio de costo en España, por conducto de la Administración de la CRÓNICA.

Obra indispensable para los médicos prácticos.—Lecciones sobre la acción de los medicamentos (Farmacología y Terapéutica) por Sir LAUDER BRUNTON, dis-

tinguido Profesor de Farmacología y Terapéutica del Hospital de San Bartolomé, de Londres. Traducidas por el Dr. D. Federico Toledo de la Cueva.

Las lecciones sobre la acción de los medicamentos profesadas en la Escuela Médica del Hospital de San Bartolomé, revelan y condensan los profundos conocimientos de su autor en Terapéutica. Con un lenguaje claro y sencillo, y sin entrar en consideraciones teóricas, sin describir los caracteres físicos y químicos de todos los medicamentos, explica el autor su acción fisiológica y terapéutica, precisando sus indicaciones, sus contraindicaciones, su empleo, y, en una palabra, todo cuanto el médico necesita para saber cuándo emplear un medicamento y cómo debe emplearlo, con el objeto de que el enfermo obtenga los mejores resultados de la medicación.

La obra del eminente terapeuta Dr. Lauder Brunton prestará un verdadero servicio á los médicos de nuestro país, y de esperar es que sea acogida con el mismo entusiasmo que en Inglaterra, donde en pocos años se han agotado tres numerosas ediciones.

La edición española forma un elegante volumen en 4°, de 728 páginas, esmeradamente impreso é ilustrado con grabados. Precio, 15 pesetas. De venta en la Administración de la *Revista de Medicina y Cirugía Prácticas*. Preciadoa 33, bajo, Madrid, y en las principales librerías. También por conducto de la CRÓNICA MÉDICA MEXICANA.

Preceptos higiénicos sobre el embarazo, parto y puerperio, por el Dr. F. VIDAL SOLARES, de las Facultades de Madrid y de París. 7ª edición. Barcelona, Paseo de Gracia, 86, principal.

Como desde hace tiempo anunciamos esta obrita, conveniente sobre todo para las parteras y estudiantes, y fué bastante bien aceptada, hoy manifestamos á nuestros lectores que quedan algunos ejemplares al precio de 6 pesetas cada uno, ó sea $1.80 de nuestra moneda.

NECROLOGIA

EL SR. DR. NARCISO DEL RIO.

Acaba de bajar al sepulcro, de hundirse para siempre, en las sombras de la nada, un modesto médico de provincia; tanto más modesto, cuanto más extensos puedan considerárseles sus conocimientos, en el ramo á que había dedicado todas sus energías, un ignorado adalid en la lucha por la existencia de los demás, un denodado campeón de los principios saludables de la higiene.

Oriundo de una familia cubana, en la que todos sus miembros fueron respetados por propios y extraños; por amigos y enemigos, á causa de sus revelantes cualidades personales; que habían sido templados en la misma fragua, en que lo fué nuestro inmortal Melchor Ocampo, pues como éste, fueron y son, de los que se quiebran, pero no se doblan; que sellaron con su sangre unos y con el ostracismo del destierro, abandonando cuantiosos intereses de fortuna, que nunca han pensado en reclamar del poder que subyugó á su patria, los otros; que sellaron, decimos, su amor á las libertades humanas, y á la Independencia de la tierra, donde les cupo en suerte nacer; el Dr. Narciso del

Río pisó la tierra mexicana por primera vez el año de 1869, siendo un jovencito de 13 años. No contando con bienes de fortuna, por haberlos confiscado el poder establecido en aquella época, en la Isla de Cuba, se vió precisado, al igual del resto de la familia, á desempeñar los trabajos más humildes que pudo haber, por no encontrar otros, para subvenir á las necesidades más perentorias de la vida, dando con ellas un ejemplo digno de imitar, porque no es el hombre quien honra al trabajo, sino que éste es el que dignifica á aquél.

Venciendo numerosas dificultades, allanando obstáculos, insuperables para otros, dividiendo su atención y su energía, entre la ayuda al sostenimiento de la familia, con su trabajo personal, y el dedicarse á la prosecución de sus estudios, para alcanzar el título profesional que había deseado, no contando con elementos de ninguna clase, encerrado en el Hospital de caridad de San Sebastián, y tan sólo bajo la dirección de los ameritados Dres. Garmendia y Pombo, y de su padre y hermano político, que también son médicos, recorrió paso á paso, etapa á etapa, el camino necesario para adquirir los conocimientos, que otros obtenemos en buenas escuelas, en poblados hospitales, aprovechando la experiencia y saber de conspicuos maestros. Llegado el momento en que se creyó apto, se sometió á la prueba del examen profesional, en la Facultad de Veracruz, y el éxito más lisonjero premió sus afanes, otorgándole el jurado calificador el certificado de aptitud en el mes de Marzo de 1877.

Pero no quedó conforme con ello, aspiraba á obtener el título de una escuela universalmente reconocida, y por este motivo pasó después á la Capital de la República á sufrir un nuevo examen, obteniendo la autorización de la Junta Directiva de Instrucción Pública, del Distrito Federal, para ejercer la profesión de Médico-Cirujano, en Septiembre de 1885.

El espacio nos falta para bosquejar, aunque sea á grandes rasgos, su vida médica, y además este artículo no tiene el carácter de una biografía; pero no podemos dejar de enumerar sus servicios profesionales: como practicante en el Hospital de San Sebastián y Loreto en Veracruz, debiéndole este último, á su cuidado ó empeño y á duplicar su trabajo, sin remuneración por ello, el establecimiento de un botiquín que no tenía; como médico interno primero, y después médico director del departamento de Cirugía, en el primero de dichos hospitales; como Mayor Médico Cirujano del 23º Batallón de Infantería, y á continuación Sub-Director del Hospital Militar de Veracruz; como segundo Delegado del Consejo Superior de Salubridad, y como médico inspector del segundo Distrito de la Ciudad de Veracruz en la organización que se le dió en ella, al servicio establecido, para emprender la campaña contra la fiebre amarilla.

Además de estos servicios, que podíamos considerar como la armazón de todo el conjunto de ellos, desempeñó varias comisiones delicadas y todas ellas de confianza. Siendo médico militar fué al Estado de Tabasco con parte del 23º Batallón, del que era médico, y posteriormente á prestar sus servicios en Yucatán, en la campaña contra los rebeldes mayas. Apareció en Manzanillo una enfermedad que sembró el pánico entre los habitantes de dicho puerto, y fué enviado para estudiarla. Cuando la epidemia de fiebre amarilla, se propagó del puerto de Tampico hasta más allá de nuestra frontera Norte, fué designado para combatir tan asoladora enfermedad. Terminada esta fructífera campaña, se trasladó nuevamente á Yucatán, á establecer el servicio contra ella, dejándolo perfectamente bien organizado. El Sr. Dr. Licéaga, Presidente del Consejo Superior de Salubridad, estimando con su claro talento, los servicios

prestados por el Dr. del Río, y previendo, con su notable perspicacia, los frutos ópimos que podía dar, lo nombró Inspector General del servicio, en la campaña contra la fiebre amarilla, con gran aplauso de todos los que le conocíamos y supimos apreciar sus relevantes cualidades, en cuyo puesto le sorprendió la muerte bien prematura, que nos lo arrebató al afecto de su familia y de sus amigos.

Las cualidades individuales como hijo, hermano, esposo, padre, amigo y ciudadano, quedan bien patentizadas en el sentimiento profundo, en la consternación inmensa, en el dolor intenso, que produjo en todas las clases sociales, la noticia de su irreparable pérdida; tan pronto como cundió la triste nueva, se apresuraban á cerciorarse personalmente, de la realidad del acontecimiento, pues la duda se pintaba en los semblantes de todos los que lo iban sabiendo, y tan sólo después de convencerse de la instantaneidad del ataque de angina de pecho, á que sucumbió, se rendían ante la evidencia de los hechos.

No en uno, en muchos semblantes varoniles, hemos visto deslizar furtivas é incontenibles lágrimas, contra la propia voluntad, al contemplar los restos inanimados del que fué en vida todo dulzura, todo bondad, todo prudencia, todo abnegación.

Veracruz ha escrito en sus anales una nueva fecha luctuosa, que no se borrará sino hasta que la generación actual se extinga totalmente: Junio 23 de 1905.

A nombre de la CRÓNICA MÉDICA MEXICANA que honró sus columnas, con estudios del que ya no es, reciba su apreciable familia, y en particular su venerable anciano padre, el Sr. Dr. Juan Francisco del Río, nuestras más sinceras frases de condolencia por tan irreparable pérdida.

Veracruz, 1º de Julio de 1905.

DR. MANUEL S. IGLESIAS.

NOTAS.

EL SR. LIC. D. JUSTO SIERRA.

Hoy 1º de Julio, el muy conocido y estimado caballero cuyo nombre encabeza estas líneas, toma posesión de la nueva Secretaría de Estado, consagrada á la Instrucción Pública. Nosotros, absolutamente alejados de la política y con un criterio independiente por completo, nos complacemos, sin embargo, en elogiar la acertada elección de quien ha dado siempre muestras evidentes de su amor al progreso y está sin duda alguna dotado de la intelectualidad necesaria para impulsar uno de los ramos más importantes de toda Administración.

Seanos lícito esperar que su benéfica influencia logre mejorar la condición actual de la profesión médica, poniendo un coto al invasor charlatanismo, plaga verdadera que en México, lo mismo que en varias Naciones de Europa, aumenta cada día, causando males de una evidencia notoria no sólo al público en general, sino al numeroso gremio de intelectuales que consagran la mejor parte de su vida á la formación de una carrera, y al final de ella se encuentran la desvergonzada concurrencia de quienes, aportando á la lucha por la vida una audacia sin límites, casi esterilizan sus afanes mermando el fruto á que es acreedor quien honradamente ejerce una profesión.

CIRCULACION DE LA "CRONICA."

Más aún que para nuestros amigos y lectores, á cuya benevolencia es debida la circulación de nuestro periódico y de los cuales por consiguiente es bien conocida, por los señores anunciantes que favorecen esta publicación, acostumbramos de cuando en cuando publicar, como lo hacemos ahora, los recibos que la Administración de Correos acostumbra dar al recibir la correspondencia de segunda clase, ó sean las publicaciones que se le confían para su reparto. Estos documentos oficiales son en nuestro concepto la única prueba irrefutable del número de ejemplares que cada publicación alcanza á distribuir.

Los justificantes que insertamos en seguida, dan con toda precisión la cifra de nuestros repartos, pues dividiendo los 93 kilogramos y 500 gramos que suman por el peso de cada ejemplar, que es de 60 gramos, se obtendrá sin dificultad el número de éstos. En la cifra que resulta no constan los ejemplares que se envían al Extranjero y que van franqueados, ni los distribuídos en la Capital.

Como la CRONICA MÉDICA MEXICANA no tiene Agencias especiales de anuncios en México y en el Extranjero, limítase á hacer esta manifestación á aquellos á quienes pueda interesar.

Administración de Correos en México. Sucursal B.—Mayo 30, 1905.

Recibí de la CRÓNICA MÉDICA MEXICANA estampillas por valor de cincuenta y seis cents., porte correspondiente al peso de 14 kilos de artículos de segunda clase.—Firma del Administrador, D. ESPINOSA.

Administración de Correos en México. Sucursal B.—Mayo 31, 1905.

Recibí de la CRÓNICA MÉDICA MEXICANA estampillas por valor de un peso sesenta y dos cents., porte correspondiente al peso de 40 kilos 500 gramos de artículos de segunda clase.—Firma del Administrador, F. BARÓN.

Administración de Correos en México. Sucursal B.—Junio 1°, 1905.

Recibí de la CRÓNICA MÉDICA MEXICANA estampillas por valor de treinta y seis cents., porte correspondiente al peso de 9 kilos de artículos de segunda clase.—Firma del Administrador, F. GALLEGOS.

Administración de Correos en México. Sucursal B.—Junio 3, 1905.

Recibí de la CRÓNICA MÉDICA MEXICANA estampillas por valor de ochenta y dos cents., porte correspondiente al peso de 20 kilos 500 gramos de artículos de segunda clase.—Firma del Administrador, F. BARÓN.

Administración de Correos en México. Sucursal B.—Junio 3, 1905.

Recibí de la CRÓNICA MÉDICA MEXICANA estampillas por valor de cuarenta cents., porte correspondiente al peso de 10 kilos de artículos de segunda clase.—Firma del Administrador, D. ESPINOSA.—TOTAL: 93 kilogramos.

SUMARIO.

SECCIÓN IV.—HERNIAS. *Su curación radical.* Artículo escrito con motivo de un trabajo del Sr. Dr. D. J. Ortiz de la Torre, de Madrid, por el Dr. Manuel Godoy Alvarez.—SECCIÓN V.—Amigdalitis tuberculosa ocasionando la muerte por meningitis tuberculosa sobreaguda, por el Dr. J. Francisco Romero.—SECCIÓN XI.—Un caso de sección cesárea por ruptura uterina practicada en útero doble (útero didelfo), por el Dr. G. Pagenstecher. *(Concluirá.)*—SECCIÓN XVII.—*Terapéutica.* Litiasis renal. Su tratamiento, por el Dr. E. L. Abogado.—SECCIÓN XXIX.—Exhumación de médico célebres. REMBERT DODOENS, por el Dr. Francisco Bulman.—En todas partes cuecen habas, por el Dr. E. L. A.—SECCIÓN XXX.—BIBLIOGRAFÍA.—NECROLOGÍA. El *Sr. Dr. Nareiso del Río*, por el Dr. Manuel S. Iglesias.—NOTAS.

Tomo VIII. México, Agosto 1º de 1905. Núm. 8.

CRONICA MEDICA MEXICANA

REVISTA DE MEDICINA, CIRUGIA Y TERAPEUTICA
(ESPECIALMENTE ALCALOIDOTERAPIA Y SEROTERAPIA)
—Y—
ORGANO DEL CUERPO MEDICO MEXICANO.

DIRECTOR PROPIETARIO
DR. ENRIQUE L. ABOGADO,
Miembro correspondiente de la «Societé Obstétricale de France, París» y honorario de la «Societé de Thérapeutique Dosimétrique de París.

JEFES DE REDACCION:

Dr. Duque de Estrada, Juan.—Profesor adjunto de Obstetricia de la E. N. de Med.
Dr. Godoy Alvarez Manuel.—Cirujano del Hospital General.
Dr. Mejia, Demetrio.—Profesor de Clínica Interna (3er. año) de la E. N. de Med.
Dr. Suarez Gamboa, Ricardo.—Cirujano del Hospital *Morelos*.
Dr. Vasquez Gomez, Francisco.—Profesor de Patología Externa de la E. N. de Med.
Dr. Zarraga, Fernando.—Profesor adjunto de Obstetricia de la E. N. de Med.
Sres. Dres. Manuel Carmona y Ramon Reynoso.—Sección de Medicina y Cirugía Dental.
Prof. Juan B. Calderon.—Preparador de Farmacia é Hist. de Drogas de la E. N. de Med.
Prof. Jose de la L. Gomez.—Sección de Medicina Veterinaria.

SECCIONES I Y II.

CONSIDERACIONES

SOBRE LA

ANATOMIA Y FISIOLOGIA DEL APENDICE VERMIFORME.

Desde que se hubo comprobado que los fenómenos morbosos que toman órigen en la región íleo-cecal son producidos por procesos inflamatorios radicados primitiva ó secundariamente en el apéndice vermicular; era natural que la atención se dirigiera sobre este órgano antes tan desdeñado, tratando de precisar su anatomía y el papel que desempeña en el conjunto económico. En la actualidad puede decirse que ya están bien establecidos sus caracteres anatómicos más importantes; pero en cambio, bien poco sabemos de su importancia fisiológica.

Por eso es de aplaudirse cualquier esfuerzo encaminado á esclarecer este punto de la historia del apéndice; y así es como he leído con beneplácito el artículo que sobre esta cuestión ha publicado en la CRONICA MEDICA MEXICANA nuestro modesto cuanto inteligente y estudioso colega el Sr. Dr. Daniel García, residente ahora en Guadalajara, en el que hace algunas consideraciones sobre el órgano de que venimos tratando, y de ellas pretende deducir su función orgánica.

El Sr. García, contrariamente á la mayor parte de los autores que consideran el apéndice como un vestigio de la última porción del ciego, cree que es un órgano perfecto.

Veamos si tiene razón.

Es un hecho bien establecido por las investigaciones de los más reputados anatómicos, que el ciego, durante la vida embrionaria y los primeros tiempos de la vida fetal, carece de apéndice. *Testut.*

Este órgano en los recién nacidos es relativamente más grande; pues entonces con relación al intestino grueso es como 1:10; mientras que en la edad adulta esa relación es de 1:20. *Boas.*

El apéndice es un órgano esencialmente variable en sus diversos caracteres anatómicos.

Veamos sus variaciones en longitud.

Los tamaños más grandes han sido:

Finkelstein	19 centímetros.
Ribbert	21 »
Wister Luschka	23 »
Boas	24 »

La longitud media es:

Según *Kelynack:*

Hombre	89 milímetros.
Mujer	79 »

Según *Briant:*

Hombre	89 »
Mujer	79 »

Según *Fergusson*	115 »
Según *Finkelstein*	79 »

Las dimensiones más pequeñas han sido:

Boas	25 milímetros.
Fergusson	15 »

Más aún: el apéndice congenitalmente puede estar ausente. *Fergusson* encontró este caso en 200 autopsias. *Huntington* y *Councilman* han referido casos semejantes.

No son menores las diferencias en cuanto al diámetro del canal; su embocadura en el ciego varía desde el tamaño de una cabeza de alfiler, hasta permitir el paso de una sonda uretral núm. 7, de la serie inglesa. Ordinariamente mide 5 milímetros, y en ella se encuentra más ó menos desarrollado; pero á veces faltando por completo *(Clado, Lafforgue)* el pliegue conocido con el nombre de válvula de Gerlach, aunque en justicia, según Grohe, debería denominarse válvula de Merling.

En todo caso, ese pliegue es un pobre recurso para ocluir el apéndice, pues es frecuente encontrar cuerpecillos provenidos del intestino y materias fecales.

La capacidad del canal es también muy variable; á veces es meramente virtual, y en ocasiones es de varios centímetros cúbicos.

El apéndice disminuye en longitud y diámetro con la edad del individuo. *Ribbert.*

En los últimos años de la vida, su cavidad se obstruye en parte ó por completo. *Spalteholz.*

La obstrucción fisiológica de la cavidad apendicular, se puede considerar causada por un proceso degenerativo del epitelio, que termina en su desapa-

rición. Desde entonces nada se opone á la soldadura del tejido conjuntivo y el apéndice queda reducido á un cordón fibro-muscular.

De este fenómeno y de otro que entra en el dominio de la patología—la gangrena apendicular—da suficiente cuenta la peculiar irrigación sanguínea del apéndice.

Este órgano tiene en efecto una y rara vez dos arterias que provienen de los arcos anastomóticos de la arteria cólica derecha, rama de la mesentérica superior.

La arteria apendicular, que es una rama terminal sin anastomosis, corre en el pliegue posterior de los tres tan bien descritos por *Huntington*, sobre todo reconocibles en el período fetal.

El pliegue anterior suele contener otra pequeña rama. El pliegue mediano es sencillamente peritoneal, y de ordinario se funde con el posterior para formar el meso-apéndice.

Muy á menudo el meso es notablemente más corto que el apéndice; de modo que éste se encorva más ó menos y á veces se enrolla en espiral.

Esta disposición anatómica explica la propensión que á la gangrena tiene el apéndice en ciertos procesos flegmásicos relativamente simples.

Una arteria terminal sin anastomosis, no garantiza suficientemente la nutrición del órgano, y se comprende que, dadas las alteraciones ateromatosas tan frecuentes por tantos motivos y aun por sólo la edad, las últimas ramificaciones, las que nutren el epitelio, sean las que más pronto se muestren insuficientes, y de allí la atrofia celular lenta y gradual hasta la completa desaparición de las células, comenzando por el punto más excéntrico, el vértice del apéndice, para extenderse poco á poco hasta la base.

La estructura histológica del apéndice, es semejante á la del ciego; la mucosa está tapizada de epitelio cilíndrico, contiene numerosas glándulas de Lieberkühn, y posee sus redes sanguínea y linfática; pero lo que tiene de característico es una gran riqueza en folículos linfáticos que ha valido á este órgano el nombre de amigdala abdominal. *Ransohoff. Sutton.*

Esta abundancia en folículos cerrados, no es igual en todas las épocas de la vida; en la niñez, según *Ribbert*, sería mucho más notable, mientras que de 20 años en adelante, su confluencia sería cada vez menor.

Kelynack es de la misma opinión; pero *Howkins* no la acepta.

Estas son las nociones anatómicas corrientes entre los autores alemanes, ingleses y americanos, que han hecho prolijos estudios sobre la materia, expoliados por la enorme frecuencia que entre los pueblos anglo-sajones tienen los padecimientos apendiculares.

En cuanto á lo que yo he visto personalmente, me permito decir que en los estudios practicados sobre el cadáver durante mi larga permanencia en Berlín, y en el crecido número de operaciones sobre el apéndice que me fué dado presenciar, tuve ocasión de ver que las dimensiones del órgano no son tan exiguas como lo anota *Dieulafoy;* su longitud variaba entre 9 y 14 centímetros; paredes gruesas, cavidad reducida, y era frecuente encontrar estrechamientos sucesivos á lo largo del canal, de que no daban razón ataques inflamatorios previos.

Durante mi experiencia, relativamente corta en esta Capital, sólo una vez, al practicar la extirpación de un apéndice, me encontré con un órgano de 7 centímetros y con una cavidad casi nula.

En las numerosas observaciones que el año pasado tuve ocasión de ha-

cer, en mis estudios cadavéricos sobre los órganos abdominales, en el anfiteatro del Hospital San Andrés, encontré, de acuerdo con el Sr. García, casi siempre apéndices bien desarrollados, algunos notablemente largos, generalmente poco enrollados, de capacidad bien apreciable, algunas veces conteniendo concreciones estercorales.

Dos veces pude ver el ciego extraperitoneal acompañado de su apéndice en hernias inguinales.

En cuanto á otra disposición que pudiera ser característica de la raza mexicana, no pude ver nada que no esté comprendido en las minuciosas descripciones de los autores europeos y americanos.

Sin embargo, entiendo que para definir entre nosotros este punto de anatomía, sería necesario reunir no algunas decenas, sino centenares de casos.

¡Ojalá que aquellos de nuestros colegas que tienen á su cargo servicio de anfiteatros, quisieran tomar por su cuenta el esclarecimiento de esta importante cuestión de anatomía!

* * *

Si ahora pasamos al estudio fisiológico, nos encontramos con que tenemos muy pocos elementos para definir el papel que el apéndice vermicular desempeña en el organismo.

Para establecer la función de un órgano, en general, no basta tener en consideración su historia embriológica y su estructura anatómica; hay que recurrir á todas las fuentes de información: anatomía comparada, fisiología experimental, sobre todo, y datos obtenidos en los hechos de la clínica.

Y desde luego, ¿es realmente el apéndice un órgano, es decir, está encargado de una función determinada, ó como lo quieren muchos autores, no es sino un vestigio de una disposición ancestral?

El Dr. García, con toda modestia, pero á la vez con gran energía, proclama, que el apéndice es un órgano y un órgano perfecto, y acepta la idea de que por la secreción de las glándulas de que ricamente está provista su mucosa, ungiría la pared del ciego para favorecer la progresión de la papilla fecal á lo largo del colon.

Quizás los estudios posteriores que el Sr. García emprenda girando sobre la experimentación, confirmen plenamente sus opiniones á este respecto.

Por ahora conservo mis dudas.

Un órgano que congenitalmente puede faltar, que ofrece caracteres anatómicos tan variables en sí mismo y en su relación con los demás órganos, cuya nutrición está tan mal asegurada, irrigado como está por una arteria terminal sin anastomosis y que sufre con el tiempo la desaparición de su mucosa, determinando la oclusión de su cavidad, no presenta en todo caso los rasgos de un órgano de cierta importancia.

Tomemos ahora en consideración su estructura histológica.

Lo que caracteriza el apéndice, en relación con el intestino al cual está suspendido, es el notable espesor de sus paredes en el cual entra como elemento preponderante el tejido conjuntivo, tejido inerte, que sirve de estroma á un conglomerado de folículos linfáticos, que ha hecho comparar este órgano á una amigdala—tonsila abdominal.

Sí, posee una doble capa muscular de fibras lisas, aunque la capa circular sea negada por Fliut; pero cuya actividad se manifiesta en ciertos casos patológicos (cólico apendicular de Talamon, puesto en duda por Dieulafoy, pero aceptado por cierto número de autores respetables.

Y bien, los movimientos fisiológicos de las fibras lisas son lentos; así, pues, los del apéndice deben ser torpes; añádase á esto la frecuente existencia de flexuras por la cortedad del mesenteriolo; piénsese en los estrechamientos sucesivos que á veces se forman en el canal; recuérdese que el orificio suele ser muy estrecho y habrá que convenir que poco se presta este órgano para producir un vaciamiento brusco, eyaculatorio de su secreción mucosa.

La capa mucosa, por rica que se suponga en glándulas ¿qué es comparada con la superficie del ciego y del colon?

Si no es que se suponga que se trata de una secreción específica, y de eso no hay pruebas, el líquido apendicular debe influir bien poco para ungir la amplia superficie del ciego.

Consultemos ahora las pruebas de la clínica.

Desde hace más de veinte años, en Estados Unidos y Europa se han hecho y se hacen á diario extirpaciones del apéndice, sin que hasta ahora se hayan notado consecuencias remotas atribuibles á la ausencia del órgano, al grado que algunos cirujanos opinan por la operación preventiva. Esto es un argumento para fundar la opinión de que si alguna función tiene el apéndice debe ser insignificante. Por eso, la opinión general califica este órgano de supérfluo.

Supone el Sr. García que desde que sordamente comienza á sufrir el apéndice, sobreviene la constipación.

¿Por qué no aceptar lo contrario y decir que la constipación habitual favorece los padecimientos del apéndice?

Ahora, si éstos obligan la extirpación del órgano y la constipación reconoce por causa una lesión del intestino, ¿no es natural que entonces persistirán los fenómenos inherentes á ese género de padecimientos?

Por lo demás, son incontables los casos de apendicectomía en que los operados han quedado enteramente bien, en lo que se refiere al regular funcionamiento del intestino.

Concluyo repitiendo que en fisiología hay que recurrir á todo género de información y tal vez mañana se pongan en claro las funciones del órgano que nos ha ocupado ya en el sentido que opina nuestro apreciable colega el Dr. García, ya señalando otro papel tanto ó más importante.

Hoy por hoy en la cuestión fisiológica es muy poco lo que sabemos de un órgano cuyos padecimientos constituyen uno de los capítulos más importantes de la patología abdominal.

DR. MANUEL GODOY ALVAREZ,
Cirujano del Hospital General y antiguo ayudante voluntario en el Hospital Hedwig de Berlín.

SECCION V.

CAQUEXIA PALUDICA

AL SR. GENERAL PORFIRIO DIAZ.
Testimonio de respeto y gratitud.
EL AUTOR.

Habiendo visto en los anuncios que publica el Sr. Prof. R. Lemaître «La Arsiquinina. *Nuevo tratamiento específico para la curación del paludismo,*» y los

resultados de las experimentaciones practicadas en Argelia, en el hospital militar de Constantina, bajo la vigilancia científica del Médico Mayor, el Dr. Billet, por el metilarsinato disódico, combinado con el clorhidrato neutro de quinina, guiándome un interés práctico, á la vez que humanitario, tengo la honra de manifestar á mis colegas el resultado de mis estudios y observaciones clínicas que verifiqué en el tiempo de mi residencia en Tecolotlán, Ameca y otros pueblos próximos al litoral del Mar Pacífico, y aquí en la ciudad de Guadalajara, donde estoy domiciliado desde el año de 1884, sobre el impaludismo crónico, en su forma caquéctica, *mal de la costa*, llamado vulgarmente.

El método terapéutico de que voy á ocuparme lo conocí en la ciudad de Colima, en los primeros años de mi práctica profesional; y por lo fácil y sencillo que es, me honro en dedicarlo al cuerpo médico mexicano residente en las costas de nuestra República, esperando que este mi humilde trabajo reciba buena acogida y sea de alguna utilidad á mis comprofesores que ejercen en dichos lugares.

Desde tiempo inmemorial se sabe que el arsénico cura el paludismo rebelde á la acción de las sales de quinina, pero no la caquexia, porque la experiencia demuestra que ambos medicamentos no combaten la anemia tan profunda ni las alteraciones anatómicas de los principales órganos de hematopoyesis, como son la hipertrofia del bazo y del hígado, ni los edemas y demás síntomas consecutivos á la discrasia sanguínea y obstáculos á su circulación, que terminan en una verdadera ascitis; menos podrán reconstituir la masa general de la sangre, aun quitados los estorbos á su libre curso.

Refiriéndome á los primeros años de mi práctica médica en Tecolotlán, Jalisco, contraje relaciones de amistad con el Sr. D. Abraham Agraz, inteligente y activo industrial, poseedor de unos extensos palmares en la costa de Manzanillo, en un lugar llamado Calata, próximo al lago de Cuyutlán. Hacía anualmente la recolección del coquito de las palmeras, y extraía su aceite, que remitía á Hamburgo, empleando en sus trabajos quinientos mozos, que empezaban desde el mes de Octubre hasta el de Abril, en que terminaba la cosecha.

Como dichos palmares están situados en lugares infecciosos, que lindan con el lago de Cuyutlán, que se deseca cuando pasa la estación de aguas, dejando el cieno descubierto, que exhala las emanaciones de numerosos animales y substancias orgánicas en putrefacción, incluyendo los enjambres de anofeles, que pululan en los bosques de palmeras, muy bien se concibe que el paludismo debía reinar endémicamente en estos sitios, por cuyo motivo el señor Agraz cuidaba de sus mozos, empleando medios higiénicos y terapéuticos, como el alojarlos en carpas, con sus respectivas camas, abrigos, vestidos, etc.; una buena alimentación; la quinina en dosis profiláctica; y, en fin, prohibiéndoles toda clase de excesos; pero, á pesar de todo esto, le era imposible evitar que sus sirvientes contrajeran el paludismo, y me mandaba á sus enfermos á Tecolotlán, para que los asistiera, curando la mayor parte de ellos tan sólo con la repatriación; alejándolos del lugar infeccioso y con las sales de quinina; habiendo asistido en el transcurso de dos años, ciento cincuenta palúdicos, entre los cuales sólo observé cinco casos de caquexia; siendo el más notable el siguiente:

OBSERVACIÓN 1ª

Francisco H., de 25 años de edad; constitución vigorosa; temperamento sanguíneo; sin antecedentes hereditarios de alguna diátesis ó vicio constitucional, pues sus padres eran sanos.

Presentaba una anemia profunda, caracterizada por una decoloración extrema de la piel y de las mucosas, pues las encías y conjuntivas estaban pálidas y casi blancas, lo que hacía contraste con el tinte obscuro y ligeramente subictérico, cuya coloración bronceada era debida á una pigmentación anormal de los tegumentos, pronunciada, sobre todo, en las partes descubiertas del cuerpo, debida no sólo á los efectos del sol del clima tropical, sino especialmente á la caquexia palúdica que sufría; porque no sólo las partes del cuerpo descubiertas eran las únicas así coloreadas, sino también el tronco, el vientre y el escroto lo eran de igual modo, y no era este el tinte especial del individuo, porque era de color blanco, y en todo su cuerpo se encontraban placas pigmentarias. Este tinte ictérico de los tegumentos ¿era debido á una icteria de origen biliar? El examen de las orinas demuestra que, en la icteria verdadera, de causa hepática, contienen pigmentos biliares, que se pueden descubrir con algunas gotas de ácido nítrico, dándoles un tinte verdoso característico, que gira al amarillo y al rojo; pero en el caso actual la orina era morena, de un color rojo-caoba obscuro, sin los reflejos verdosos de las biliosas; y el reactivo en cuestión determinaba una coloración negruzca, debida á la indigosis urinaria y á productos de combustión hidrocarbonados, siendo este el tipo de las orinas pigmentadas por exceso de materias colorantes sanguíneas, á que Gubler ha dado el nombre de *orinas hemafeicas*. Se trataba, pues, aquí, no de una icteria biliar, sino de una impregnación accidental de la piel, por pigmentos de origen globular; esto es, de una icteria hemafeica.

El examen de los órganos de este hombre permitía encontrar una doble lesión visceral, porque el bazo y el hígado estaban considerablemente hipertrofiados, pues bastaba descubrir al enfermo para ver la deformación del flanco izquierdo, que hacía prominencia de un modo notable, ocupando dicha prominencia toda la región del hipocondrio y del epigastrio. Por la palpación se sentía un tumor duro, semejándose á un pastel extendido, arredondeado y oblongo, desbordando las falsas costillas y descendiendo hasta la proximidad del ombligo, casi sobre la línea media. La consistencia de este tumor era dura y fibrosa; su superficie parecía lisa, no sintiéndose desigualdades ni abolladuras; su borde romo y arredondeado, y era fácil penetrar á lo largo de su cara interna, en una hendedura que corresponde al hilo del bazo.

La percusión daba una macicez de 15 centímetros sobre la línea axilar visceral, y de 21 centímetros en el sentido oblicuo, que representa el mayor diámetro del órgano; y era de notar que este bazo, considerablemente hipertrofiado, no descendiese directamente en el flanco hacia la fosa ilíaca, como en el de los leucocitémicos, pues se dirigía oblicuamente hacia el ombligo, extendiéndose en una anchura de 12 á 15 centímetros. Esta forma aplanada y casi orbicular, es muy especial al impaludismo crónico, según los clínicos, y es del todo indolente.

Esta esplenomegalia no era dolorosa cuando el enfermo estaba en reposo; pero cuando se hacía la palpación del bazo, se despertaba una sensibilidad bastante viva, sobre todo á lo largo del borde interno del órgano, y era necesario ver en este síntoma la expresión, sea de un cierto grado de congestión activa del parenquima esplénico, sea más bien de una peritonitis circunscrita, concomitante, la *periesplenitis*, siendo la regla común en igual caso, como la *perihepatitis* en la cirrosis.

El hígado presentaba lesiones análogas, bien que menos voluminoso, proporcionalmente, que el bazo, pero estaba manifiestamente hipertrofiado, des-

bordando tres traveses de dedo la cintura costal, liso y unido, no doloroso á la palpación; el borde libre guardaba su forma normal, y no estaba espesado; las venas cutáneas epigástricas no estaban dilatadas, y el abdomen, medianamente meteorizado; no parecía haber ascitis, porque no se percibía sensación de oleada; pero en la región hipogástrica existía una timpanitis hidroaérica, de suerte que, probablemente, había líquido acumulado en el pequeño bacinete, que fué aumentándose gradualmente, hasta constituir una verdadera ascitis.

Los demás órganos parecían sanos; las orinas eran abundantes, y no contenían albúmina; el corazón estaba normal, salvo un ligero soplo suave, localizado en la base, y que era una consecuencia de la anemia; los pulmones respiraban bien.

Presentaba accesos de calentura, de tipo doble tercianos ó de forma cuartana, acompañados de los estadíos de frío, calor y sudor; cefalalgia, inapetencia, vómitos, etc.

Se le prescribió en los días apiréticos un purgante hidragogo, tintura de jalapa compuesta, y en seguida doce píldoras americanas de protoyoduro de fierro y quinina (cuya fórmula manifestaré después), continuadas durante dos semanas.

Los accesos, si bien atenuados, se presentaban según el tipo antes dicho. Añadiendo los tónicos: el vino rojo, una alimentación azoada, y finalmente los diuréticos: tres cucharadas diarias del vino del Hotel Dieu, de París; pinceladas de tintura de yodo al vientre; y á medida que los accesos se calmaban, iban desapareciendo la ascitis y la pigmentación de la piel, así como el tumor esplenо-hepático.

Se continuó el uso de las píldoras febrífugas, cinco todos los días, con lo que no volvieron los accesos; el estado general del enfermo se fué mejorando, y en el transcurso de dos meses estaba enteramente restablecida su salud.

OBSERVACIÓN 2ª

En el año de 1889 asistí aquí en Guadalajara á Macedonio L., de 57 años de edad, originario del pueblo de Mezquitán; de constitución mediana, temperamento bilioso; de antecedentes artríticos, porque su oficio era fabricar ladrillos y adobes, permaneciendo la mayor parte del día en el agua.

Anualmente, en los meses de Julio, Agosto y Septiembre, hacía viajes al puerto de San Blas, donde tenía familia; y en el último viaje que hizo, contrajo el paludismo, viéndose por este motivo obligado á permanecer en la costa mencionada cómo dos meses, en cuyo tiempo la infección palúdica hizo progresos, hasta llegar á la caquexia.

Este individuo, de color moreno, presentaba un tinte manchado de color de hollín, no sólo en la cara, sino también en el vientre y miembros, el pecho y escroto. Las mucosas de las encías y conjuntivas eran pálidas. Por la palpación se sentía en el abdomen un tumor arredondeado y oblongo, desbordando las falsas costillas, y descendiendo hasta la región umbilical; el hígado y el bazo estaban hipertrofiados, y existía un derrame ascítico considerable, porque se percibía una sensación de oleada líquida al practicar la percusión abdominal; las piernas y tobillos estaban edematizados; cada dos ó tres días sufría accesos de calentura, irregulares, acompañados de los estadíos respectivos; la lengua era saburral, y había inapetencia y constipación.

Se le prescribió un purgante hidragogo (aguardiente alemán) y las píldoras americanas de protoyoduro de fierro y quinina, doce en los días apiréticos, y además, los tónicos: el vino rojo y una buena alimentación. Después se usaron los diuréticos: vino del Hotel Dieu, fomentaciones al vientre con agua de cocimiento fuerte de bulbos de escila marítima y hojas de digital, y pinceladas de tintura de yodo.

Establecida una diuresis abundante, y cesando los accesos de calentura, fueron disminuyendo los edemas y la ascitis; se enjutaron el vientre y las piernas, persistiendo sólo la induración del tumor esplenо-hepático, que fué regresando paulatinamente, hasta desaparecer con el uso de las píldoras referidas, cinco todos los días.

OBSERVACIÓN 3ª

En el año de 1893, en esta misma ciudad, presté mis servicios profesionales á la Sra. Andrea N., originaria de Mascota, Jalisco; de 36 años de edad; casada; nacida de padres sanos y sin antecedentes hereditarios. Habiendo vivido cuatro años en la Ensenada de Banderas, contrajo el paludismo crónico, que no curó con la repatriación, pues llegó el mal hasta la caquexia, sufriendo accesos febriles de forma cuartana, rebeldes á la acción de las sales de quinina, y teniendo anorexia, vómitos, constipación; el bazo y el hígado estaban manifiestamente hipertrofiados, con edemas de las piernas y derrame ascítico, y presentando el tinte subictérico especial, la decoloración de las mucosas, así como la pigmentación de la piel de los antiguos palúdicos.

Le prescribí las píldoras americanas, doce todos los días apiréticos, el vino rojo y una buena alimentación; cesaron los accesos; y para combatir los derrames usé los diuréticos: vino del Hotel Dieu, las fricciones estimulantes, el masage, unciones al vientre con la tintura de yodo, y al cabo de tres meses se mejoró notablemente, desapareciendo la ascitis y los edemas.

OBSERVACIÓN 4ª

En el año de 1898, en el mineral de Hostotipaquillo, Jalisco, á donde todos los años acostumbro pasar mis vacaciones, asistí á Luis R., de 34 años de edad; de regular constitución; temperamento sanguíneo; y artrítico de antecedentes, porque, siendo minero de profesión, permanecía la mayor parte de su vida en las labores de minas, en el agua y humedad; y como el mineral estaba situado en la costa, contrajo el paludismo, que adquirió la forma caquéctica, por no haberse alejado de este sitio infeccioso, y como á la simple vista lo revelaba su facies y aspecto general, por el tinte subictérico y pigmentación de la piel, la anemia y palidez de las mucosas, especiales al paludismo. No había ascitis ni edemas, pero sí la hipertrofia del bazo y del hígado, y sufría accesos de calenturas intermitentes, según su dicho, desde hacía un año, teniendo inapetencia, náuseas, vómitos al principio de los accesos, y constipación.

Le prescribí el tratamiento ya mencionado, y consiguió mejorarse de sus calenturas y otros síntomas; pero al poco tiempo le sobrevinieron los edemas de los miembros inferiores, y por fin una anasarca. Examinando de nuevo los órganos de hematopoyesis, le encontré un tumor formado por el hígado y el bazo, de forma arredondeada y oblonga, con una macicez de doce centímetros en el sentido oblicuo, y de diez en el vertical; el corazón parecía normal. El análisis de la orina manifestó la presencia de la albúmina y de fosfatos, y car-

bonatos en gran cantidad, haciendo efervescencia con los ácidos. No me fué posible hacer el examen microscópico de la orina, por no tener los útiles necesarios; pero probablemente existían los cilindros epiteliales que caracterizan la nefritis epitelial, ó sea el mal de Bright.

Le prescribí la dieta láctea y los oxidantes: el clorato de potasa, el benzoato de sosa, el percloruro de fierro; inhalaciones de oxígeno, baños de vapor, fricciones estimulantes; y habiendo perdido de vista al enfermo, no supe su fin.

OBSERVACIÓN 5ª

El niño José R., de 12 años de edad; constitución débil y temperamento linfático, y nacido de padres sanos. Residiendo su familia en la hacienda de San Clemente, jurisdicción de Hostotipaquillo, Jalisco, tenían con frecuencia sus padres necesidad de ir al trabajo de las minas, situadas en unos lugares infecciosos, junto al río grande de Lerma, llevando consigo á sus hijos, y esto ocasionó el que José contrajera el paludismo, en la forma crónica caquéctica, pues tenía el vientre voluminoso por el derrame ascítico, cuya fluctuación se manifestaba al percutir un lado de la pared abdominal, y á la palpación se percibía muy bien el tumor espleno-hepático, sin abolladuras ni desigualdades, y además, el tinte subictérico de la piel y palidez de las mucosas. Los pulmones respiraban bien, y en el corazón se percibía un ruido ligero de soplo, correspondiendo á la base, y que es especial en los anémicos.

Sufría este niño accesos de calenturas, cada tres ó cuatro días; no había inapetencia ni vómitos; las orinas eran abundantes y no contenían albúmina; y careciendo su familia de los medios higiénicos y terapéuticos necesarios para la curación, porque vivían en una casa desabrigada, sin vestidos ni abrigos, y malos alimentos, fueron auxiliados por el propietario de la hacienda, un señor caritativo, quien les ministró todo lo necesario.

Le prescribí las píldoras americanas, el Jarabe de Yoduro de Fierro y Manganeso de los Sres. Burin du Bouisson; los tónicos, los diuréticos, etc.; y en el transcurso de dos meses se mejoró notablemente.

Fisiología patológica.

No he observado la caquexia aguda en los países tropicales, que, según los clínicos, mata en pocos días; de la crónica es la que trato, y que he visto que cura en los climas templados con el método terapéutico mencionado, modificado por mí.

He aquí lo que nos enseñan las doctrinas de los grandes maestros: Los accesos más graves de impaludismo son aquellos que no se acompañan de remisión y que toman el tipo de una fiebre pseudo-continua; éstos matan rápidamente; y cuando los enfermos curan, dejan una anemia precoz y profunda. Los más comunes son de calenturas intermitentes, tercianas ó cuartanas, que obedecen difícilmente al tratamiento, y recidivan con más frecuencia; y todo individuo atacado de esta forma febril, está condenado ciertamente á la caquexia al cabo de algunos meses. En el fondo, el proceso es el mismo; la intensidad de acción del veneno, y tal vez el modo de introducción, son los únicos que difieren. El papel del clima y del calor tienen alguna influencia. En los países tropicales se ve en algunas semanas, y á veces en algunos días, sobrevenir síntomas de caquexia aguda, caracterizados por edemas difusos del tronco, de la

cara y miembros, sin albuminuria, pero con icteria, hinchamiento del hígado y del bazo; una postración enorme, y debilitamiento completo de las fuerzas; y cuando los enfermos escapan á la muerte por la repatriación, á esta anemia sobreaguda sucede un tinte pálido y un aspecto terroso, y la hipertrofia esplenohepática de los antiguos palúdicos, cesando de ser infiltrados.

En los países templados es mucho más lenta en establecerse la caquexia; y mientras se aproxima al clima frío, más el impaludismo es crónico, y relativamente mejor tolerado; pero á la larga la anemia acaba por establecerse.

La receptividad individual de los sujetos á la malaria, es un elemento cuya importancia etiológica es considerable; tal individuo resistirá á la intoxicación, mientras que otro, colocado en condiciones idénticas, caerá enfermo. De una manera general, todas las causas debilitantes se vuelven ocasión de anemia, y predisponen al paludismo, como el alcoholismo, los excesos venéreos, la sífilis; lo mismo que las malas condiciones higiénicas, falta de buenos alimentos, de abrigo, etc.

(Concluirá.)

MEDICINA PRACTICA.

DIAGNOSTICO DEL CANCER DEL ESTOMAGO.

Es una exigencia científica y motivo de serias preocupaciones para el médico digno de este nombre, asegurar un diagnóstico preciso de las enfermedades pues en algunos casos, un error en el diagnóstico puede ser de trascendentales consecuencias, acarreando una serie de errores en el pronóstico y en el tratamiento. Los medios del diagnóstico progresan cada día, sacando á la medicina del empirismo de otras épocas, sujetándola en lo posible al rigorismo científico moderno. Las ciencias, físicas y químicas, la bacteriología, etc., han sido siempre un poderoso auxiliar de la medicina y contribuyen á su rápido progreso. El diagnóstico racional que deriva de los conmemorativos y de los síntomas que presenta el enfermo, puede ser susceptible de discusión, mientras que el diagnóstico científico proporciona la prueba tangible, y no puede cabernos ya la menor duda, siendo estas las tendencias modernas: comprobar de una manera positiva lo que se asegura.

Una de las enfermedades que se observan con cierta frecuencia en estos últimos tiempos es el cáncer del estómago, cuyo diagnóstico es en muchos casos en extremo fácil, haciéndose evidente por el conjunto de síntomas que lo acompaña; pero no siempre es así, y algunas veces ese diagnóstico está erizado de grandes dificultades por la falta de signos característicos, que no son constantes; en consecuencia, la precisión de su diagnóstico ha sido considerado como uno de los problemas más oscuros de la patología.

Cuando la edad del paciente es de más de cincuenta años y acusa sensación dolorosa en el epigastrio, exacerbada por los alimentos, si la palpación revela la presencia de un tumor en esa región y fenómenos de dilatación gástrica; existiendo ganglios hipertrofiados, claviculares é inguinales; se vomita los alimentos y las materias vomitadas contienen sangre medio digerida en más ó menos cantidad, y con los síntomas anteriores observamos un tinte amari-

llento de la tegumentación, enflaquecimiento rápido y edemas en los miembros inferiores, no vacilamos en atribuir ese cortejo sintomático al carcinoma gástrico; pero cuando el cuadro sintomático se presenta incompleto, no parece posible hacer un diagnóstico exacto.

Hemos asistido á un enfermo de 53 años de edad en que solamente el aspecto de las materias vomitadas permitía sospechar que su afección gástrica fuese de origen canceroso, no solamente por su aspecto físico, sino porque el análisis químico demostró la presencia de sangre y ausencia de ácido clorhídrico libre. El enfermo no acusaba sensación de dolor alguno en el epigastrio, ni la palpación reveló la existencia de un tumor netamente apreciable; los ganglios claviculares é inguinales no estaban absolutamente hipertrofiados ni se presentaron edemas en los miembros inferiores en todo el curso de la enfermedad; la ausencia de estos síntomas frecuentes en el cáncer del estómago hacía el diagnóstico dudoso á medida que la enfermedad avanzaba, pero las sospechas del cáncer parecían más probables; la anorexia profunda, la intolerancia gástrica, el aspecto constante de las materias vomitadas y los fenómenos de dilatación gástrica acompañaron al enfermo hasta el último momento, y no pudieron modificarse á pesar de lavados de estómago y el empleo persistente de otros medios que aconseja la ciencia y fueron propuestos por varios facultativos que al mismo tiempo asistían al enfermo.

A pesar de lavativas alimenticias de efecto dudoso, pero aconsejadas por prácticos eminentes; á pesar de inyecciones subcutáneas estimulantes no se obtuvo resultado alguno benéfico; en vista de la persistencia tenaz de esos terribles síntomas, se pensó en la sífilis del estómago y se le aplicaron al paciente inyecciones de Ronssel con biyoduro de mercurio, y el resultado no fué menos desgraciado. Sería largo enumerar los medios directos que se emplearon sobre la afección gástrica é indirectos para conservar las fuerzas del enfermo, y á pesar de esa lucha constante y desesperada de desvelos y meditaciones de parte de los facultativos que asistieron al paciente, todo fué en vano; pronto se presentaron fenómenos de inanición y de septicemia en que la fiebre, el delirio, la diarrea con olor de cáncer esfacelado, lo mismo que las materias vomitadas, terminaron con la existencia de nuestro desventurado enfermo, que con admirable resignación sufrió todas las etapas de su cruel enfermedad, sin haber proferido una sola queja. Solamente la autopsia, que no fué posible practicar, pudo haber puesto en evidencia el cáncer como causa directa del mal, y solamente se hizo sospechar en todo el curso de la enfermedad.

La precisión de un diagnóstico exacto tiene una importancia capital en el cáncer del estómago, porque de allí deriva el pronóstico, y los deudos manifiestan gran interés por saber con toda exactitud la suerte que se le espera al enfermo, porque el público siempre exige del médico más de lo que éste puede dar. Y si en algunos casos de tumores cancerosos externos, en que la vista y el tacto nos revela su presencia, necesitamos muchas veces confirmar ese diagnóstico por medio de un análisis histológico que esclarezca toda duda, cuánto mayor será la dificultad en el diagnóstico de cánceres internos, en los que los medios del diagnóstico son insuficientes, tanto más cuanto que ni el tacto ni la vista, ni el cuadro de síntomas incompleto nos autoriza para formular una opinión exacta.

Hace algunos años se creyó que la ausencia de ácido clorhídrico libre en el contenido estomacal era un signo patognomónico de cáncer, pero pronto se demostró que el ácido clorhídrico faltaba igualmente en otras afecciones

del estómago: en la gastritis crónica y en otras muchas enfermedades generales y locales. Por otra parte, Robin ha observado que en algunos carcinomas gástricos se encuentra el ácido clorhídrico no sólo en cantidad normal sino aun en exceso.

Para algunos médicos alemanes la presencia del ácido láctico en el contenido estomacal fué considerado de gran importancia en el diagnóstico del cáncer; pero esta opinión no ha prevalecido, puesto que se ha observado que este ácido falta en muchos casos de cáncer, y por otra parte, se le encuentra en simples dispepsias.

Se creyó haber adquirido un dato precioso en las modificaciones que pudiera tener la sangre en el curso del cáncer del estómago; pero estudios posteriores han demostrado que esas alteraciones no son constantes y la fórmula leucocitaria es variable aun en el mismo enfermo.

El análisis urológico ha sido igualmente utilizado en el diagnóstico del cáncer del estómago, y se dijo que la urea siempre se encuentra considerablemente disminuída; sin embargo, el Dr. Robin, autoridad en la materia, dice: que el cáncer no tiene ninguna relación con la eliminación de ázoe ni con la úrea, y que éste varía únicamente con la naturaleza de los alimentos.

Recientemente el Dr. Salomón, de Francfort, ha dado á conocer un nuevo procedimiento de diagnóstico diferencial entre el cáncer del estómago y otras afecciones gástricas. Su método está basado en la presencia de la albúmina en los líquidos del lavado del estómago, la cual se manifiesta por medio del reactivo de Esbach. En las dispepsias nerviosas, las gastritis crónicas, y aun en la estenosis cicatricial del píloro, las aguas del lavado del estómago no precipitan por el reactivo citado.

El Dr. Gutmann, de Berlín, ha experimentado el método del Dr. Salomón en treinta y dos enfermos, afectados de gastropatías diversas, y ha comprobado su importancia en el diagnóstico del cáncer gástrico. La técnica consiste en someter al paciente á un régimen líquido: leche, café, te, caldo, etc., durante el día; en la noche se practica el lavado del estómago, hasta que el agua salga completamente limpia; para esto se necesita emplear de 10 á 30 litros de agua. No se le administrará más alimento al paciente, hasta el día siguiente después de que se le haya practicado un nuevo lavado con 400 cc. de la solución fisiológica de cloruro de sodio, el cual se somete á la acción del reactivo de Esbach. Los resultados fueron siempre negativos en las afecciones no cancerosas del estómago, tales como el catarro crónico ó subagudo, dipepsia nerviosa, gastro-ectasia, gastroptosis y estrecheces del píloro, ni aun en seis casos de úlcera redonda del estómago; por el contrario, en ocho enfermos afectados de lesiones cancerosas del estómago, que no habían sido diagnosticados de una manera cierta por los medios usuales, el resultado fué netamente positivo, presentándose el precipitado coposo característico.

El autor publica algunas observaciones interesantes, que demuestran la importancia clínica del procedimiento y que citaremos brevemente:

1ª Hombre de cincuenta años, sufría de trastornos dispépticos hacía dos años próximamente, con dolores en el epigastrio, renitencia renal limitada, y sensible á la presión en la región pilórica; enflaquecimiento progresivo, falta de ácido clorhídrico en el contenido gástrico. Este enfermo fué llevado al hospital con el diagnóstico de «cáncer del píloro.» Habiendo dado el procedimiento Salomón un resultado negativo, se pensó en una estenosis pilórica cicatricial; suposición que fué absolutamente confirmada por la laparatomía.

2ª Mujer de cuarenta años, caquéctica y dispéptica de largo tiempo; tumor boselado y de consistencia dura hacia la derecha del ombligo, signos de gastroectosía, y ausencia de ácido clorhídrico libre en el contenido estomacal. Se le diagnosticó cáncer del estómago; pero el resultado negativo que se obtuvo con el procedimiento Salomón, vino á infirmar ese diagnóstico; y, en efecto, la laparatomía demostró que el tumor que se había sentido al través de las paredes abdominales, no era otra cosa que la vesícula biliar, desalojada de su sitio normal, y muy distendida y con un voluminoso cálculo.

Estos dos enfermos han presentado algunos signos clínicos propios del cáncer estomacal, y sin embargo, gracias á los resultados negativos obtenidos por el método Salomón, pudo desecharse con exactitud toda lesión cancerosa.

En la siguiente observación se verá cómo el procedimiento Salomón descubre un neoplasma gástrico, cuyos signos clínicos no permitían pensar en esta afección.

3ª Mujer de treinta y ocho años; se quejaba de dispepsia hacía más de un año; enflaquecía, pero su estado general era aún satisfactorio. Presentaba en la región epigástrica cierta renitencia dura y alargada, siguiendo los movimientos de la respiración; por la percusión se percibía un sonido timpánico. La insuflación del estómago hace desaparecer completamente el tumor; gran cantidad de ácido clorhídrico libre, y ausencia absoluta de ácido láctico. Se atribuyó el tumor á la existencia de bridas perigástricas; pero ese diagnóstico fué infirmado por la presencia de cantidades notables de albúmina en el líquido del lavado; y en efecto, la laparatomía reveló un voluminoso cancer del píloro.

Las experiencias anteriores demuestran la importancia del procedimiento Salomón en el diagnóstico del cáncer del estómago; sin embargo, no es absoluto, como todos los medios de exploración, porque el resultado es negativo en los casos de cánceres no ulcerados; pero generalmente esta ulceración es un fenómeno precoz del carcinoma gástrico.

Debe advertirse que, en los casos de úlceras redondas del estómago, el agua del lavado puede dar un resultado positivo; pero el diagnóstico diferencial con el cáncer, es fácil de establecer por los medios usuales de diagnóstico. Su importancia consiste en poder distinguir, por ese medio, el cáncer, con otras afecciones de astenias ó anaclorhidrias gástricas. Excepción hecha de los casos raros de neoplasmas no ulcerados del estómago, el procedimiento Salomón parece dar un resultado decisivo.

México, Julio 20 de 1905.

DR. MÉNDEZ ESTRADA.

SECCIÓN XI.

UN CASO DE SECCION CESAREA POR RUPTURA UTERINA

PRACTICADA EN UTERO DOBLE (UTERO BIDELFO)

POR EL DOCTOR G. PAGENSTECHER.

Miembro honorario
de la Sociedad Médica Potosina; miembro de la Sociedad Ginecológica de Leipzig; miembro de la Sociedad Médica «Pedro Escobedo.»

(Concluye.)

III

JUICIO CRÍTICO RETROSPECTIVO.

¿Cuál fué la causa de la muerte de la operada, y de qué manera hubiera tal vez podido evitarse tan funesto desenlace?

A esta pregunta tan decisiva no me atrevo á contestar de la misma manera categórica, pues varios pueden haber sido los motivos del fracaso.

Veamos primero las circunstancias que podían favorecer el desarrollo de una sepsis sobreaguda:

1ª La ruptura uterina con derrame del líquido amniótico á la cavidad peritoneal.

2ª La esfacelación del muñón con gangrena gaseosa, debida á la presión exagerada del Chassaignac.

3ª Una asepsia defectuosa por parte de los médicos y enfermeros encargados de la operación.

4ª Una infección secundaria del peritoneo, partiendo del intestino paralizado á consecuencia de la adherencia de una asa al Douglas.

Al pasar en revista todas las distintas posibilidades enumeradas, creo en conciencia tener que desechar por completo la suposición de que acaso se haya tratado de una asepsia defectuosa por parte nuestra, pues en honor de la verdad puedo decir que habrá quien se desinfecte lo mismo que yo; pero que haya quien lo haga con más convicción y minuciosidad, me parece muy difícil admitirlo.[1] Con respecto á la otra posibilidad de una infección secundaria del peritoneo por la oclusión intestinal, no es fácil desecharla como inverosímil, toda vez que existía de hecho la adherencia de una asa de intestino delgado á la sutura del Douglas, con enorme distensión de las partes más altas del intestino; y demasiado sabido es que un intestino distendido por mucho tiempo, permite con facilidad la emigración de toda clase de microbios á través de sus paredes alteradas. Sin querer negar que puede haber influído de una manera poderosa la oclusión intestinal sobre el desenlace funesto, juzgo, sin embargo, que al haber corregido la oclusión dentro de las primeras 64 horas, como se hizo, era de suponerse que todo volviera á su estado normal, como es casi la regla en estos casos de intervención oportuna.

Sea lo que fuere de la influencia que pudo ejercer la adherencia de una asa intestinal sobre la marcha de la enfermedad, el solo hecho de que pudo

1 Invoco á ese respecto el testimonio de todos cuantos me han honrado con su presencia durante mis operaciones abdominales.

haberse verificado la aglutinación del intestino á lo largo de la ruptura peritoneal supurada, nos enseña que debe dedicarse un especialísimo cuidado á las suturas peritoneales, mayormente cuando están colocadas en partes declives, en donde, por razón de la gravedad, los intestinos tienen que estar en el más íntimo contacto con ellas. Admito, pues, que la sutura no estaba hecha con la perfección que requería el caso; pero tengo la satisfacción de que al abrir por segunda vez el vientre, y eso á media noche y dentro de las 64 horas, quedó subsanado este defecto técnico, y que, si la única causa de la parálisis intestinal residía en la oclusión mecánica, al quitarla debía haberse salvado la enferma, á la par que varias otras que he operado con éxito en épocas todavía más avanzadas de oclusión intestinal.[1]

Llego ahora á un punto más difícil aún de aclarar, y es: ¿qué influencia ejerció sobre el peritoneo el muñón uterino esfacelado por la compresión del Chassaignac? Confieso que es del todo imposible determinar con aproximada seguridad la influencia que ejerció aquella masa esfacelada y esa putrefacción gaseosa sobre el peritoneo. Muy posible es que de ahí haya partido la infección; mas debo decir que no creo que así fué, y me fundo en lo siguiente:

Las experiencias clínicas han demostrado con toda evidencia que, al introducir entre los intestinos una mecha de gasa para canalizar, la irritación producida por ese cuerpo extraño es tan grande, que en el curso de unas cuantas horas se forma una peritonitis adhesiva, que, á guisa de barrera impermeable, protege la cavidad contra toda invasión posible. Y como no se puede admitir que la esfacelación del muñón se hiciera antes de las primeras 8 ó 10 horas,[2] sostengo que cuando llegó á verificarse, ya estaba protegida la gran cavidad, debido al exudado plástico que se formó alrededor de la gasa que envolvía el muñón. Sea lo que fuere, debo declarar que el haber dejado el Chassaignac, en vez de haberlo substituído, durante la misma operación, por ligaduras directas de las arterias uterinas, una vez dominada la hemorragia, debe clasificarse como pésimo procedimiento.

En las circunstancias aflictivas que me colocó el desgraciado accidente de haberse reventado el tubo de goma grueso, que me servía de ligadura elástica, estaba expuesta la enferma á quedarse muerta en la mesa de operación, pues era formidable la cantidad de sangre que brotaba de ambas uterinas seccionadas—no debiendo olvidar que se trataba de un útero grávido, con arterias de un calibre colosal—y lo que vino á salvar la situación fué el Chassaignac, rápidamente aplicado; pero eso no quita que, después de haber detenido la hemorragia, lo correcto hubiera sido proceder á ligar todas las arterias por separado, con el fin de quitar el constrictor.

Aprovecho, pues, la oportunidad de recomendar, de una manera especial, que se tenga siempre listo el Chassaignac en los casos en que se debe esperar una hemorragia fulminante que inunde el campo operatorio y haga imposible la ligadura de los vasos por la misma abundancia de sangre; verbigracia: en casos de extirpación de grandes miomas, á la vez que recomiendo con la misma insistencia se proceda después á la ligadura aislada de las arterias, puesto que dejar el instrumento á permanencia no está exento de ciertos riesgos que fácilmente se pueden evitar.

1 Recuerdo un caso de oclusión intestinal por bridas peritoneales, que se operó con éxito en el 4º día, cuando la enferma había llegado al grado de vomitar materias fecales.

2 Hago hincapié en que durante la primera noche desde luego se empezó á aflojar el constrictor.

Queda ahora al último, como causa más probable de la muerte de la operada, la infección producida por la ruptura del útero y el derrame de parte del líquido amniótico á la cavidad peritoneal, y confieso que esta hipótesis es la que más me satisface bajo todos puntos de vista.

Las tres grandes condiciones que deben existir para la ejecución feliz de la operación cesárea, según la opinión autorizada de operadores de la talla de Saenger y de Leopold, son las siguientes: 1ª Que no exista un estado infeccioso en la enferma.—2ª Que la bolsa de las aguas esté intacta.—3ª Que el embarazo esté aproximadamente á término.

De estas tres condiciones esenciales, estaba cumplida tan sólo la última —el embarazo á término—y por ese motivo pudimos salvar á la criatura, que con toda probabilidad hubiera perecido, si la operación se hubiera hecho fuera del término natural del embarazo.[1]

Las otras dos condiciones, á saber: la existencia de la bolsa fetal y la no existencia de un estado infeccioso, no estaban cumplidos en este caso, por causas que no estaba en manos de nadie evitar; y debido á eso hubo que lamentar el fracaso, á pesar de toda minuciosidad y de todo empeño: esa es mi opinión franca y leal, que procuraré demostrar en lo sucesivo.

Ya dejé consignado en la descripción anterior cómo reventó la bolsa de las aguas el día 19 de Abril, á la madrugada; de manera que al proceder á la operación cesárea ya se había verificado la ruptura amniótica unas 24 horas antes, y desde luego debía considerarse poco favorable el pronóstico, aun cuando no hubiera existido la ruptura uterina.

Para realzar la gran importancia que tiene la ruptura prematura de la bolsa amniótica, me limito á copiar lo que á ese respecto opina el partero de Baudelocque, el Prof. Pinard:[2]

«A partir del momento en que se rompen prematuramente las membranas, «existen todas las condiciones para que se verifique una infección; así es que «pudimos averiguar que sobre 123 paridas enfermas, en 65 habría habido una «ruptura de la bolsa. De modo que la abertura del huevo, aun cuando esté vivo «el feto, crea ciertos riesgos de infección, que parece verificarse ante todo du«rante el trabajo. A lo menos se observa frecuentemente que mujeres paren «8 ó 15 días después de la ruptura de la bolsa, sin presentar signos de infección; «la que, sin embargo, sobreviene posteriormente, cuando el parto es dilatado.»

La razón para este peligro inminente de infección es tan obvia, que excuso insistir mucho sobre el particular. Es un hecho averiguado que todas las cavidades de nuestro organismo que comunican directamente con el exterior, contienen, en mayor ó menor abundancia, bacterias de todas clases: lo mismo se sucede en la vagina; y el pensar que con procedimientos antisépticos podemos destruir los gérmenes en ella contenidos, es desconocer por completo los límites del poder humano. Si ni siquiera logramos esterilizar nuestras manos, ¿cómo podemos soñar en hacerlo con la vagina?

Para mayor abundancia, han sido publicadas últimamente ciertas observaciones bacteriológicas en el 10º Congreso de Ginecólogos Alemanes,[3] de las

1 El éxito obtenido al salvar al feto cuatro horas después de verificada la ruptura uterina es tanto más de tomarse en consideración, cuando parteros de la competencia de Ribemont Dessaignes consideran que «el pronóstico para el feto es sumamente grave, pues casi siempre sucumbe.» (Ribemont Dessaignes, *Précis d'Obstétrique*, pág. 1011.)

2 Pinard & Wallich, *Traitement de l'infection puerpérale*. 1896.

3 Bumm, *X Congreso de Ginecólogos Alemanes*, 1904, pág. 578.

cuales se desprende que en un 75 por ciento de embarazadas, el flujo vaginal contenía estreptococcos, y un clínico de la reputación del Prof. Bumm, de Würzburg, no tiene inconveniente en exclamar en pleno Congreso: «Para mí «no cabe ni la menor duda que, en casi todas las embarazadas, y, por consi«guiente, en casi todas las parturientes, existen estreptococcos en el tracto ge«nital.»

Agréguese ahora á estas consideraciones, de orden teórico, un hecho práctico: momentos antes de proceder á la sección cesárea, mandé hacer el tacto vaginal y se encontró un pie en procidencia, por lo cual se comprenderá desde luego la razón que me asiste cuando sostengo que no tan sólo había posibilidad de una infección de la cavidad uterina con los microbios vaginales, sino que de hecho se había verificado antes de la operación.

Infectada la cavidad uterina, y en comunicación abierta ya con la gran cavidad peritoneal, tenía que sobrevenir fatalmente la infección del peritoneo, y esta infección inevitable fué la causa esencial del fracaso, por más aséptica y minuciosa que fuera nuestra manera de operar. Así es que tengo la plena y honrada convicción de que lo que mató á la enferma fué la infección preexistente en ella, que era un hecho positivo y real, y no el resultado de mi intervención: prueba de ello es que la temperatura subfebril que marcaba el termómetro momentos antes de la operación era de 37°8.[1]

Y después de todo, no es cosa tan extraordinaria que fracase una sección cesárea, hecha por ruptura uterina de grandes dimensiones, 28 horas después de la ruptura prematura de las membranas, pues la última estadística publicada por Merz[2] arroja una mortalidad de 48 por ciento sobre un total de 181 casos, que todos fueron operados en la época antiséptica, respectivamente aséptica; es decir, de 1870 á la fecha; mientras que la estadística publicada por Cöe [3] es más triste aún, pues arroja una mortalidad de cerca de 65 por ciento.

Como dato complementario de esta observación tan interesante, transcribo como final las medidas del espesor que presenta el útero extirpado, en sus distintos cortes:

Espesor máximo, correspondiendo al lugar de la inserción de la placenta.	1½ centímetros.
Espesor mínimo, correspondiendo al lugar de la inserción de la trompa derecha	3 milímetros.
Espesor medio, correspondiendo á la mayoría de los cortes practicados en el órgano	½ centímetro.
Espesor, correspondiendo al lugar de la ruptura .	¾ de centím.

Estas medidas se refieren al órgano contraído y conservado en alcohol; y para tener una idea aproximada del adelgazamiento de la pared uterina en los momentos de la sección cesárea, cuando estaba distendida por el feto que encerraba, diré tan sólo que la incisión longitudinal, que entonces media 25 centímetros, ha quedado reducida hoy á 10 centímetros apenas. La verdad de las cosas es que, en ciertas partes, el útero tenía entonces el espesor de un cartón grueso.

1 No asiento ninguna novedad cuando sostengo que en la Mesa Central la temperatura matutina oscila alrededor de 36°5; de manera que mi enferma tenía, para mí, ya más de un grado de calentura, debido á la infección que empezaba.

2 K. Merz, *Zur Behandlg der Uterusruptur*, Arch. f. Gyn. XLV Heft 2.

3 Cöe, *New York Medical Record*, 1880, pág. 478.

Debo asimismo agregar, como otra particularidad notable en esta enferma, un dato que después me fué comunicado. Esta señora tenía además de sus mamas normalmente desarrolladas y abajo de ellas, otras dos rudimentarias pero dotadas de su pezón correspondiente.

Dr. G. Pagenstecher.

México.

SECCION XVII.

TERAPEUTICA

AMIGDALITIS AGUDA FLEGMONOSA.

SU TRATAMIENTO.

Hace ya algunos años recordamos haber escrito un artículo en *La Medicina Científica*, que dirigía nuestro finado amigo el inteligente y vigoroso polemista, Dr. Fernando Malanco, sobre este mismo asunto, y no es por lo tanto novedoso en manera alguna el punto hoy abordado; pero si nuevamente le tomamos como tema de nuestro trabajo mensual sobre Terapéutica, es porque acabamos de leer un artículo del Dr. Vigouroux, en el último número de *La Dosimétrie*, en que recomienda un procedimiento operatorio que desde tiempo ha juzgamos de excelentes resultados en el tratamiento de una enfermedad que por desgracia es demasiado común y frecuente.

El autor del artículo en cuestión, comienza refiriendo el siguiente caso clínico, que en extracto referimos, porque es un retrato de la mayoría de ellos en su aparición, marcha y desarrollo.

Tratábase de una mujer de 28 años, regularmente constituída á pesar de ser reumática, que con frecuencia enferma de su garganta por tener necesidad de desempeñar trabajos penosos que la obligan á permanecer bastante tiempo expuesta á las corrientes de aire.

El 6 de Febrero próximo pasado, se encuentra con una temperatura de 39°5, habiendo tenido desde la víspera intenso calofrío, malestar general y dolor incipiente en la garganta, que le impide tomar alimento y se acompaña de cefalalgia.

Las amígdalas están enrojecidas y tumefactas, sobre todo la derecha, y la presión exterior en el ángulo de los maxilares, es dolorosa.

El Dr. Vigouroux prescribe entonces gargarismos y lavados de agua tibia con jarabe de zarzamora, y al interior aconitina, digitalina y arseniato de estricnina, para abatir la calentura. Además de esto, tres irrigaciones durante el día, de cocimiento de raíz de guayaba boricada, con el objeto de desinfectar la garganta. En la mañana, como auxiliar y con el objeto de mantener libre el intestino, una cucharadita de Sedlitz Ch. Chanteaud.

Al siguiente día los fenómenos inflamatorios han aumentado de intensidad, las bebidas refluyen por las fosas nasales, la respiración es más difícil y la inflamación invade la trompa de Eustaquio. La formación de un absceso en la amígdala derecha es inminente: continúase el mismo tratamiento y se prescriben cataplasmas emolientes.

Al siguiente día la situación es aún más penosa y sólo se añade al método indicado el sulfhidral y el benzoato de sosa, como desinfectante á la dosis de 2 gránulos de cada uno cada 2 horas.

El día 9 la calentura ha descendido y sólo se continúa la trinidad defervescente, el sulfhidral y el benzoato cada dos horas, y al mismo tiempo las irrigaciones de la región enferma.

El 10, todavía el absceso no está suficientemente formado, y se sigue el mismo tratamiento, pero al siguiente día se abre éste con el bisturí y se suprimen los defervescentes, continuando los antisépticos y las irrigaciones.

Los días siguientes, naturalmente se acentúa la mejoría: se suspende toda medicación interna y termina aquel proceso, igual al que centenares de veces hemos visto todos los médicos; pero el Dr. Vigouroux recomienda á su paciente calurosamente vuelva á verle para sufrir la cauterización de sus amígdalas, y lograr con ella que tan molesta afección no continúe repitiéndose con la desesperante frecuencia con que hasta entonces ha molestado á la enferma; siendo este el punto que nos parece digno de ocupar por breves instantes nuestra atención.

El autor de este artículo afirma en seguida que los resultados de su práctica le autorizan para creer que la cauterización de las amígdalas por medio del termocauterio, es el único medio radical para alejar de un modo definitivo esa afección, y evitar que en las personas predispuestas—y son numerosas á la verdad—se repitan las recaidas con una inevitable tenacidad, y muchas veces durante largos períodos de la vida.

En comprobación de su aserto cita el caso de una joven de 18 años, que durante mucho tiempo sufría la amigd alitis flegmonosa, dos veces anuales, cuando menos, y que solicitó de él, por cualquier medio médico ó quirúrgico, ser desembarazada de su rebelde y periódico mal. La cauterización se hizo por tres veces, tocando con el termo tres ocasiones cada glándula, y la inflamación periódica y persistente, que durante años la había mortificado, desapareció de una manera radical y completa.

Termina recomendando de preferencia el uso del gálvano-cauterio.

* * *

En la notable obra que está publicando el distinguido profesor de la Escuela de Medicina, Dr. D. José Terrés, al emprender el estudio de las enfermedades de la faringe y del istmo buco-faríngeo, comienza asentando, con indiscutible razón, que, bajo el nombre genérico de *angina*, se han designado y se designan aún distintas enfermedades de naturaleza diversa, que sólo tienen de común la disfagia y la dispnea y el sitio de su radicación. Por esta razón el Dr. Terrés estudia separadamente, asignándoles su verdadero lugar y propia etiología, á la faringitis eritematosa, amigdalitis agudas eritematosas y uvulitis, faringitis supuratoria, faringitis flegmonosa, faringitis con depósitos sobre el epitelio, faringitis pseudomembranosas, faringitis diftérica, estreptocóccica, estafilocóccica, neumocóccica, monocóccica y colibacilar, herpética, ulcerosas, y faringitis crónicas, difusa y circunscrita.

No las pasaremos en revista, naturalmente, por no ser tal el objeto del presente artículo, y sólo haremos notar que la observación del Dr. Vigouroux debe clasificarse entre las faringitis flegmonosas, con formación de un absceso amigdaliano ó peri-amigdaliano.

Nada tenemos que agregar al tratamiento recomendado, que puede, sin

duda, variar en algunos detalles, según sea tal ó cual el síntoma dominante más intenso y más saliente. La incisión es, sin duda alguna, lo que en el momento oportuno determina la definitiva mejoría. No es, pues, el tratamiento terapéutico de estas afecciones el que va á ocuparnos por breves momentos. Vamos á ocuparnos tan sólo de lo que pudiéramos llamar un medio radicalmente curativo, y por consiguiente «profiláctico.»

Este medio es, á nuestro juicio, el aconsejado por el Dr. Vigouroux, y que, como dijimos ya, recomendamos unos 12 ó 15 años ha: la cauterización por medio del termocauterio, ó, mejor aún, con el gálvanocauterio de Chardin.

La técnica operatoria es de tal manera sencilla, que es inútil ocuparse de ella. Sólo debemos decir que el número de las punciones que deben hacerse depende naturalmente de las circunstancias especiales de cada caso y el volumen adquirido por la glándula enferma.

La profundidad á que debe llegar la cauterización, también está subordinada á las dimensiones de la amígdala; pero la experiencia nos ha demostrado que no es preciso hacer muy profunda la cauterización; siendo preferible el multiplicar los puntos. La profundidad aproximada de cada uno, siendo por lo común de tres á seis, debe ser de 3 á 5 milímetros.

La operación es poco dolorosa; pero creemos una buena práctica el cocainizar la región suficientemente, para poder ejecutarla con calma y hacer la distribución de los puntos de una manera uniforme, lo cual es un detalle que, á nuestro juicio, influye en el buen éxito consecutivo.

Desde aquella época es éste el procedimiento á que invariablemente damos preferencia, y casi podemos afirmar que el número de buenos resultados ulteriores puede estimarse por el número de casos tratados.

El estado hipertrófico de las amígdalas, que juzgamos un padecimiento asaz común en México, y que es en general rebelde á los tratamientos locales más usuales y más recomendados de gargarismos, tópicos y aun múltiples incisiones, cede con rapidez y seguridad á la cauterización ígnea.

DR. E. L. ABOGADO.

LA COMPLEJIDAD FARMACOLOGICA EN LA PRESCRIPCIÓN MEDICA

Conferencia pronunciada en el XIV Congreso Internacional de Medicina
por el DR. JOSÉ R. CARRACIDO,
Catedrático de Química Biológica en la Universidad de Madrid.[1]

SEÑORES:

Como si la humanidad hubiese estado ciega en el transcurso de los siglos ante el espectáculo de la Naturaleza, y nunca hubiese pensado intervenir en sus procesos, se conceptúan fantásticas lucubraciones, merecedoras únicamente de entretener la curiosidad de los eruditos, las ideas científicas motejadas de arcaicas. No obstante este prejuicio dictado por la obsesión de la novedad, muchas prácticas, ya de antiguo instituídas en la alimentación, en la

1 Reproducimos gustosísimos esta magistral conferencia del distinguido catedrático D. José R. Carracido, pronunciada en asamblea general del Congreso Internacional de Medicina, reunido en Madrid en 1903. Los méritos sobresalientes del trabajo del distinguido químico español los han apreciado numerosos escritores europeos. Nosotros,

higiene y en la terapéutica, reciben la sanción de la ciencia novísima, rectificando ésta á veces sus propios juicios, para rehabilitar empirismos antes condenados en nombre del progreso científico, como ha sucedido con las ideas de Liebig, relativas á la alimentación humana.

Creo que debe ser igualmente reivindicado aquel tipo de medicamento en que la asociación del excipiente, del coadyuvante, del correctivo y del intermedio, constituyen con la base un sistema material cuya composición está en armonía con las enseñanzas de la Química biológica. El medicamento formado por una sola especie química fué propuesto y defendido como el verdaderamente científico por un criterio estrecho, que hoy resulta erróneo ante las novísimas ideas que han dilatado el horizonte de los conocimientos químicos.

Progresando la ciencia por la aplicación del método analítico, es antecedente obligado de la composición de fórmulas medicinales el estudio del modo de obrar en los seres vivos las especies químicas aisladas, de la misma manera que el fisiólogo particulariza el estudio de actos funcionales, para llegar al conocimiento integral de la función, y, en último término, al del conjunto del proceso fisiológico, construído mentalmente como se traza la resultante de un sistema complejo de fuerzas componentes; pero aquel estudio analítico de la acción de las especies químicas sólo debe estimarse como dato preliminar para la composición del verdadero medicamento, debiendo éste ser, respecto á aquellas, lo que las máquinas con que real y efectivamente trabaja la industria, respecto á las máquinas elementales estudiadas en la mecánica racional. El experimentador debe investigar cómo reaccionan la estricnina y la materia viva; pero el clínico, á semejanza del ingeniero, ha de construir después con los datos de la investigación experimental, mecanismos terapéuticos adecuados á la complejidad de los procesos en cuyo curso han de intervenir.

Nuevamente autorizado por la evolución de las ideas químicas debe renacer en el campo de la Terapéutica el medicamento complejo. Pero téngase en cuenta que los renacimientos no son la reproducción idéntica de lo que fué,

aunque los últimos en tiempo y en competencia, en tributar una alabanza entusiástica al prestigiado profesor de la querida España, no somos menos sinceros que los sabios alemanes en aclamar al químico ibero. La edición española de donde tomamos esta conferencia, viene precedida de cariñosa carta que dirigieron al autor numerosos congresistas de la Sección de Farmacia, quienes acordaron editar la Conferencia para ofrecerla al ilustre Sr. Carracido en testimonio del entusiasmo que en ellos despertó. Como el mismo Sr. Carracido entendemos que apenas se le conoce en México, y es de los pocos que hermanan la profunda cultura científica con la literaria, siendo ambas sostenidas por buenos conocimientos filosóficos, ponemos en seguida la lista de sus obras, reveladora de la maravillosa amplitud de su intelecto:

La nueva Química. Introducción al estudio de la Química según el concepto mecánico. 1887.

Tratado de Química orgánica. 1890.

La museta roja (novela). 1890.

Lucubraciones sociológicas y discursos universitarios. 1893.

Jovellanos. Ensayo dramático-histórico. 1893.

La evolución en la Química. 1894.

Estudios histórico-críticos de la Ciencia española. 1897.

El P. José de Acosta y su importancia en la literatura científica española. Obra premiada por la Real Academia Española, é impresa á sus expensas. 1899.

Compendio de Química orgánica. (Manuales Soler.)

Compendio de Química biológica. (Idem.)

Tratado de Química biológica. 1903.—(El Editor.)

sino la adaptación de una idea fundamental á las condiciones del medio en que reaparece, y así lo patentiza como ejemplo excepcionalmente instructivo, en el proceso cíclico de la evolución histórica, el período del llamado por antonomasia *Renacimiento*, en el cual los ideales del paganismo greco-latino reviven en la sociedad cristiana de la centuria décimosexta. Los nuevos medicamentos complejos no han de ser las viejas triacas, sino asociaciones medicamentosas razonadas con datos positivos correspondientes á las metamorfosis bioquímicas.

I

En la arquitectura molecular, las construcciones más complejas y más transformables son las materias proteicas constituídas por la asociación de centenares de átomos, entre los cuales están los del nitrógeno, contribuyendo á la inestabilidad del edificio químico. Los numerosos grupos funcionales articulados en los complejos albuminoideos, son como órganos capaces de responder á las variadísimas acciones del medio exterior que sobre ellos incidan, ya sean físicas, como las de la temperatura, de la iluminación y del estado higrométrico; ya sean químicas, como las de los líquidos que bañan las células.

Son las materias proteicas las únicas constituyentes de los mecanismos funcionales de los seres organizados, y la armonía de sus acciones mutuas es la generadora del equilibrio móvil de la materia viva, correspondiente al curso normal de su evolución. La ruptura de aquella armonía determina el tránsito del estado normal al patológico.

Todo medicamento debe ser conceptuado como un reactivo que, mediata ó inmediatamente, ha de actuar sobre los albuminoides de la organización, restableciendo la normalidad del proceso químico, á la manera que, añadiendo líquido despolarizante á una pila polarizada, se restablece el curso normal del flujo eléctrico.

Poco se sabe acerca de la acción química de los medicamentos; pero es suficiente para poder afirmar que se ejerce sobre las materias del organismo, con la limitación específica que caracteriza los fenómenos del orden químico. De una parte las semejanzas de composición de los anestésicos y de los antipiréticos, y de otra el actuar sobre determinados elementos histológicos cada agente terapéutico, revelan que son reacciones químicas las producidas entre la substancia medicinal y la del organismo, como las de los colorantes usados en las investigaciones microscópicas, que tiñen unas células con exclusión de otras, de igual manera que al actuar el hidrógeno sulfurado sobre la mezcla de los hidratos cádmico y alumínico, torna amarillo al primero, sin producir variación alguna en el color del segundo, como resultado exclusivo de sus diferencias químicas.

Según este concepto, parece lógico que los medicamentos sean especies químicas para conseguir con la mayor nitidez, y sin la perturbación motivada por la presencia de otras materias, el resultado de la transformación que ha de efectuar, y en tal sentido ha caminado modernamente la Farmacología, pasando de las plantas á las tinturas y á los extractos, y de éstos á los alcaloides; lo mismo que la nueva órganoterapia, de las cápsulas suprarrenales á la adrenalina.

Sin embargo de la aparente evidencia de esta conclusión, conceptúo *antinatural* el medicinar con especies químicas aisladas; y para demostrarlo no

apelaré, en primer término, á testimonios procedentes de la observación fisiológica, sino á los recogidos en la técnica química más usual en los laboratorios, colocándome en el peor terreno para la sustentación de la tesis planteada.

La marcha analítica, sólo encaminada á descubrir y á evaluar radicales básicos y ácidos, emplea como reactivos especies químicas aisladas, cuales son el sulfido hídrico, el nitrato argéntico, el cloruro bárico, etc., y sólo por excepción apela á reactivos complejos, como la mixtura magnesiana, en el caso de la evaluación del ácido fosfórico; pero en el análisis de las substancias orgánicas, las intuiciones empíricas, que se adelantan á las ideas científicas, y que éstas más tarde explican y justifican, compusieron reactivos complejos que, ante la dificultad de nombrarlos por su composición química, se los denomina con el nombre propio de su inventor, formando ese cúmulo de los nuevos reactivos, cuyas títulos y fórmulas de preparación no pueden ser retenidos en la memoria más privilegiada.

¿Cuál es la razón de que el empirismo que dicta las fórmulas de estos reactivos complejos prosiga su tarea, burlando con aparentes superfluidades las arrogancias de la ciencia envanecida con sus ecuaciones, en las cuales está prefijado el papel de cada uno de sus términos?

Por ser fácilmente alterables las substancias orgánicas, requieren gran delicadeza en el uso de los agentes que han de intervenir en su modificación; son como las llamas que oscilan al impulso de ráfagas apenas sensibles. En estas condiciones, la finura de la acción química que ha de producirse exige que la rudeza y la brusquedad del reactivo aislado, sean atenuadas y corregidas por reacciones accesorias, como el poder cortante de la cuchilla adquiere precisión y finura por el mecanismo del microtomo, contribuyendo al fin que se persigue la parafina envolvente del objeto que ha de ser cortado. Para producir los óxidos de plomo y de cobre, basta calentar los metales en contacto del aire; para oxidar el étano y convertirlo en alcohol etílico, es menester un ciclo de reacciones que restrinja el poder comburente del oxígeno, limitándolo á unirse al hidrocarburo, sin substraer átomos de los elementos combustibles. Por análogas exigencias se emplean los reactivos complejos en la técnica analítica de las substancias orgánicas.

Tomemos como ejemplo el tan usado líquido de Fehling. De sus componentes, el óxido cúprico es el esencial, el que, por su reducción y precipitación al estado cuproso, revela la cantidad del cuerpo reductor. La lejía de sosa es el disolvente del óxido cúprico, y además transforma los azúcares en cuerpos más poderosamente reductores que los azúcares mismos. El tartrato sódico-potásico contribuye á mantener disuelto el óxido cúprico, é interviene también en el proceso de la reducción, en forma no bien explicada, probablemente dando *iones* que se oponen á la precipitación de la disolución coloide del óxido cúprico, como las sales empleadas en el procedimiento de Carey Lea, para obtener disoluciones coloides de los metales libres.

¿No resulta evidente que este reactivo es un preparado galénico de los que en la nomenclatura castizamente farmacéutica fueron denominados *polígámicos?* El óxido cúprico es la *base*, la lejía el *excipiente* y el *coadyuvante*, y el tartrato el *intermedio*.

Las reacciones de coloración que se señalan como características de los albuminoides no se producen, en general, con especies químicas aisladas, sino con mezclas complejas (reacción Axenfeld, Reilchl, Michailow), revelando, como en el caso del líquido de Fehling, que las bases correspondientes á cada

uno de los reactivos necesitan, para llegar al punto preciso del fenómeno que se persigue, auxiliares que con su colaboración salven las insuficiencias y eviten las demasías.

(Continuará.)

SECCION XXX.

BIBLIOGRAFIA

Nuestro carácter.—Con este título llega á nuestras manos un libro en que se hace un estudio amplio y hermoso de nuestro pueblo. En él llaman la atención las reflexiones que, acerca del estado psiquico-orgánico de nuestra raza y manera de robustecerla, hace su autor, el distinguido publicista D. Enrique Mateo Barcones. En dos partes se divide este libro. En la primera se analizan las causas generales que motivan nuestra manera de ser, haciendo un examen detenido de las razas que pueblan el suelo español, sus condiciones telúricas y climatológicas; la educación, los alimentos, las bebidas, la clase de vida, el misticismo y la instrucción de la mujer. En la segunda parte se pasa revista á las causas individuales, exponiendo el concepto general de la *memoria*, causas de su enflaquecimiento y medios de robustecerla. A continuación estudia la *voluntad*, las causas que motivan su anulación y medios de rehabilitarla, y por último se hace un detenido examen de la *inteligencia*, causas de su obscurecimiento y medios de normalizarla.

Para terminar, diremos que el pensamiento desarrollado en este libro es de esos que merecen plácemes, y el autor y sus editores son acreedores á todo género de alabanzas por proporcionar á la patria obra tan excelente.

Precio de esta obra: 2 pesetas en rústica, y 2.50 encuadernada en tela. Bailly-Baillière é Hijos, Madrid, plaza de Santa Ana, 10, y en todas las librerías.

Obra meritoria.—La personalidad ilustre del Doctor D. Antonio Espina y Capo aparece una vez más, engrandeciéndose con una nueva labor en pro de la humanidad, difundiendo los conocimientos necesarios para prevenirse contra la terrible tuberculosis.

El sabio Doctor acaba de publicar un libro que, con apariencia modesta, encierra un tesoro incalculable de sana lectura, que dedica á los niños y debe ser leído por los mayores, titulado *Libro de lectura contra la tuberculosis*, en el cual, dándole una orientación científica, expone en veinticuatro lecciones cuanto sobre la tuberculosis se ha dicho, los modos de adquirirla y los de evitarla; pero todo en forma tan sumamente clara y precisa, como para ser entendida y comprendida por los pequeños lectores á quienes la dedica. La lectura de este libro significa en nuestro país una nueva corriente de ilustración para el niño, á quien en la escuela es preciso hacer conocer los peligros á que su naturaleza está expuesta y los medios de evitarla.

Pero si esto decimos del niño, entendemos que, muy especialmente el padre ó la madre, debían de leer y explicar diariamente á sus pequeños el libro del Sr. Espina, con lo cual se evitarían los dolores de ver en sus juveniles años cortada la existencia de sus hijos ó minada por el terrible bacilo de Koch.

En una palabra, la obra del Dr. Espina, por demás meritoria, tiende á

arrancar á la muerte la enorme cifra de más de 500,000 almas con que paga su tributo la tuberculosis.

Al recomendar la obra á nuestros lectores, felicitamos al ilustre Doctor y á sus editores, los Sres. Bailly-Baillière é Hijos. Plaza Santa Ana, 10. Madrid.

Precio: 50 céntimos en todas las librerías.

La Oficina de Farmacia Española.—Acaba de aparecer el suplemento vigésimo-quinto de la clásica obra de Dorvault, correspondiente al año 1905, en el que los Dres. Olmedilla y Soria han trabajado con verdadero entusiasmo y fe para perfeccionar y superar las condiciones de utilidad profesional de este libro.

La primera parte, ó sea el recetario, se halla representada por más de doscientas fórmulas de utilidad práctica, y que reunen al propio tiempo el atractivo de la novedad. La parte legislativa tiene en este Suplemento una extensión é importancia muy superior á la de los años anteriores, puesto que se da á conocer la nueva instrucción sanitaria vigente, en la que los lectores pueden apreciar las grandes variaciones introducidas, que merecen muy especial meditación. Además, en este Suplemento se insertan los trabajos de la Comisión encargada de redactar la Farmacopea oficial; los nuevos reactivos para reconocer diversas substancias, y que vienen á aumentar la larga lista de los ya existentes.

También son dignos de atención un estudio sobre la esparteína, otro acerca del kermes, y otros sobre las materias colorantes artificiales que deben prohibirse por nocivas en la fabricación de productos alimenticios, etc., etc.

Interminable sería la tarea de dar á conocer lo mucho nuevo y bueno que se ha introducido este año en el Suplemento, por lo que damos por terminada esta nota, felicitando al ilustre catedrático D. Joaquín Olmedilla y al notable químico D. Filiberto Soria por su excelente trabajo.

De venta en la librería editorial de los Sres. Bailly-Baillière é Hijos, plaza de Santa Ana, 10, Madrid, y en todas las librerías. Precio: 6.50 pesetas en rústica y 8 encuadernado.

Un libro de mérito.—El sabio catedratico de la Facultad de Medicina de Madrid, D. Tomás Maestre, tan conocido en el mundo científico y literario por sus diversos escritos, y muy especialmente por sus profundos estudios médico-legales, acaba de dar una prueba más de su amor á la ciencia con la publicación de su último libro titulado *Introducción al estudio de la Psicología positiva*, que, editado por los Sres. Bailly-Baillière é Hijos, acaba de ponerse á la venta.

Lo sugestivo de la materia y la fama del autor convidan á la lectura de esta obra. Precédela un prólogo del ilustre sabio D. Santiago Ramón y Cajal, en el que, á la par que demuestra la importancia de este libro, hace un notable estudio de la doctrina anatómica del talento y la imbecilidad.

Desde sus primeras páginas este libro despierta la curiosidad del lector hacia el estudio de la *Psiquis* humana; curiosidad bien justificada, puesto que el día que este estudio sea completo, el hombre será verdaderamente el rey de la creación, porque habrá alcanzado el triunfo más glorioso y trascendental de la vida: la conquista de su propio cerebro.

Formando la Psicología, por legítimo derecho, parte de la Historia Natural, es una rama de la Biología; y precisándose para su estudio y conocimiento

buen número de datos anatómicos y fisiológicos indispensables, el Dr. Maestre los ha reunido en cantidad asombrosa, reduciéndolos á esquemas de fórmulas sencillísimas. No falta en esta obra esfuerzo, por grande que sea, para el mejor conocimiento de la materia, que no haya sido vencido con gallardía por su autor. En sus páginas campean las ingeniosas teorías de Duval, de Demoor, Stafanouska, Mamedian, etc., acerca del amiboidismo nervioso; teorías que el Dr. Maestre expone y comenta con gran amor y entusiasmo. Páginas hay en este libro que reconfortan el corazón y elevan el pensamiento; por ellas salen destellos de ciencia española, en que parece oirse la voz de nuestros viejos pensadores, representados por Huarte, Llovera, Andrés Velázquez, Oliva de Sabuco, etc.

Para terminar, diremos que la obra del Dr. Maestre es el resumen más completo y claro que se conoce de cuanto modernamente la ciencia ha adquirido tocante á la localización de las operaciones de la Psiquis, organismo del cerebro y mecanismo de las acciones nerviosas; tarea que ha sido muy atinadamente desempeñada bajo una excelente forma, orden y claridad de exposición, lenguaje castizo, primoroso y brillante, y dominado todo ello por un espíritu crítico ponderado y penetrante, que de lejos denuncian en el autor amplia cultura clásica y el hábito y dominio de las especulaciones filosóficas.

Ante tales méritos, no vacilamos en aplaudir sin reserva al ilustre catedrático Dr. Maestre por su labor concienzuda, y á los editores por su acierto en la presentación del libro, que, á pesar de lo notable de su impresión é ilustraciones, la ponen el reducido precio de 5 pesetas en rústica y 7 encuadernada en tela. De venta en todas las librerías.

NECROLOGIA

MIKULICZ.

Este eminente y distinguido cirujano, tan estimado entre los pueblos de habla germana como en el mundo científico entero, falleció el 14 de Junio del corriente, causando un enorme vacío en la Ciencia.

Johannes von Mikulicz Radecki nació en Czarnowitz en 1850 y se graduó en Viena.

Joven médico, entró al servicio de Billroth, de cuya Clínica llegó á ser ayudante.

Habilitado después como docente privado ocupó por primera vez la Jefatura de Sección en la Policlínica general de Viena.

A la edad de 32 fué elevado al rango de Profesor oficial de Cirugía en Krakau, donde permaneció cinco años; pasó luego con igual carácter á Königsberg y por fin á Breslau y allí vivió los últimos quince años de su vida.

Mikulicz hizo muchos é importantes trabajos muy celebrados en las academias y los congresos.

Su mérito principal es haber trazado magistralmente el tratamiento de las heridas operatorias.

Mostró la importancia del yodoformo, desechó el Spray listeriano como nocivo y desde entonces se aplicó al mejoramiente de la técnica aséptica, procurando su perfección en todos sentidos, á fin de disminuir los peligros de las operaciones; no sólo por la introducción de sus guantes, gorros y cubrebocas;

sino también por el estudio detallado de lo más adecuado á la mejor evolución de las heridas, particularmente las cavitarias, lo que le condujo al taponamiento que lleva su nombre.

Su especialidad era el tratamiento de las enfermedades del tubo digestivo, en cuya terapéutica operatoria era muy hábil, obteniendo los más bellos resultados, sobre todo en el cáncer del estómago.

Introdujo prácticamente la esofagoscopia, ideó procedimientos operatorios numerosos é hizo construir instrumentos especiales.

Poseía una técnica quirúrgica que nadie de sus contemporáneos pudo sobrepasar jamás.

Mikulicz no era solamente un habilísimo operador; poseía profundos conocimientos en Patología y Clínica tanto en los diversos ramos de la Cirugía, como en la Medicina interna.

Como pocos tenía el don de realizar en la práctica los progresos de la teoría y poseslonado de una idea sabía desarrollarla hasta el último grado de perfección.

Mikulicz era un genio.

Después de una brillante, pero relativamente corta carrera, en que disfrutó como pocos, honores y distinciones, murió á consecuencia de un cáncer del estómago, que desgraciadamente en la laparotomía exploradora se halló inoperable.

¡Ironía del destino!

La CRÓNICA MÉDICA MEXICANA rinde su tributo de respeto y admiración al poderoso genio á quien tanto debe la asepsia moderna.

¡Gloria á Mikulicz!

MANUEL GODOY ALVAREZ.

EL SR. DR. D. ANGEL CONTRERAS Y EL SR. DR. D. FRANCISCO MARIN.

Dos nuevas páginas de luto acaban de aparecer en los anales de la Medicina nacional. Dos personalidades distinguidas, el Dr. Angel Contreras, nuestro antiguo y muy querido amigo y Jefe de Redacción de la CRÓNICA y el Doctor D. Francisco Marín, han pagado su tributo á la Naturaleza en Puebla, lugar de su residencia en el mes que acaba de terminar.

Ya pedimos los datos necesarios á los deudos de los ilustrados compañeros, que se han ausentado del mundo en que vivimos, para dar á conocer á aquellos de nuestros lectores que no los conocieron el derecho que les asiste para que su memoria sea conservada entre las de aquellos apóstoles de la Medicina á la cual noblemente consagraran su vida.

Hoy nos limitamos á enviar nuestros más sinceros sentimientos de condolencia á las familias de los finados y á la sociedad de Puebla en general.

E. L. A.

SUMARIO.

SECCIONES I Y II.—Consideraciones sobre la Anatomía y Fisiología del apéndice vermiforme, por el Dr. Manuel Godoy Alvarez.—SECCIÓN V.—Caquexia palúdica, por el Dr. Jesús T. Larios, de Guadalajara, (Concluirá).—*Medicina Práctica*. Diagnóstico del cáncer del estómago, por el Dr. Méndez Estrada.—SECCIÓN XI.—Un caso de sección cesárea por ruptura uterina, practicada en útero doble (útero didelfo) (Concluye), por el Dr. Pagenstecher.—SECCIÓN XVII.—*Terapéutica*. Amigdalitis aguda flegmonosa; su tratamiento, por el Dr. E. L. Abogado.—La complejidad farmacológica en la prescripción médica, por el Dr. José R. Carracido.—SECCIÓN XXX.—BIBLIOGRAFÍA.—NECROLOGÍA.

Tomo VIII. México, Septiembre 1º de 1905. Núm. 9.

CRONICA MEDICA MEXICANA

REVISTA DE MEDICINA, CIRUGIA Y TERAPEUTICA
(ESPECIALMENTE ALCALOIDOTERAPIA Y SEROTERAPIA)
—Y—
ORGANO DEL CUERPO MEDICO MEXICANO.

DIRECTOR PROPIETARIO
DR. ENRIQUE L. ABOGADO,
Miembro correspondiente de la «Societé Obstétricale de France, París» y honorario de la «Societé de Thérapeutique Dosimétrique de París.

JEFES DE REDACCION:

Dr. Duque de Estrada, Juan.—Profesor adjunto de Obstetricia de la E. N. de Med.
Dr. Godoy Alvarez Manuel.—Cirujano del Hospital General.
Dr. Mejía, Demetrio.—Profesor de Clínica Interna (3er. año) de la E. N. de Med.
Dr. Suarez Gamboa, Ricardo.—Cirujano del Hospital *Morelos*.
Dr. Vazquez Gomez, Francisco.—Profesor de Patología Externa de la E. N. de Med.
Dr. Zarraga, Fernando.—Profesor adjunto de Obstetricia de la E. N. de Med.
Sres. Dres. Manuel Carmona y Ramon Reynoso.—Sección de Medicina y Cirugía Dental.
Prof. Juan B. Calderon.—Preparador de Farmacia é Hist. de Drogas de la E. N. de Med.
Prof. Jose de la L. Gomez.—Sección de Medicina Veterinaria.

SECCION V.

CAQUEXIA PALUDICA.

(Concluye.)

En resumen, se puede establecer en principio, que la anemia palúdica se produce tanto más seguramente, cuanto que el miasma infeccioso ha sido absorbido en gran cantidad y durante un tiempo muy largo (así se expresaban los clínicos antes que Laverán descubriera el hematozoario), y también hay que tener cuenta de su virulencia variable y las condiciones de depresión ó de resistencia que le opone el organismo.

La destrucción globular es el hecho capital del impaludismo crónico, al mismo tiempo que se produce la hipertrofia de los órganos hematopoyéticos, el hígado y el bazo; estos dos procesos marchan paralelamente, cualquiera que sea la forma clínica bajo la que se presente la intoxicación.

En las formas agudas febriles se ha manifestado, por la numeración globular que en el momento de los accesos se produce, una destrucción colosal de hemacias, que se traduce no sólo por la diminución del número de glóbulos rojos, sino también por la acumulación de corpúsculos pigmentarios que circulan en la sangre y que son fijados en parte por los leucocitos, habiendo allí un trabajo de fagocitosis muy activo, en virtud del cual una parte de los deshechos pigmentarios son inmediatamente reabsorbidos por los glóbulos blancos cuya pululación crece en consecuencia, lo que no impide al exceso de pigmentos impregnar los parenquimas viscerales, el hígado, el bazo y aun los tegumentos, y una vez fijos en los tejidos estos corpúsculos de pigmento, quedan inalterados en dichos sitios casi de una manera indeleble y sobreviven á la faz aguda del impaludismo que les dió origen y de donde proviene la persistencia de la pigmentación y del tinte de hollín de los caquécticos palúdicos.

El hecho clínico que prueba esta destrucción sobreaguda de los glóbulos, es la hemoglobinuria en los accesos intensos de impaludismo, que toman el carácter pernicioso y pueden matar á los enfermos, las orinas son unas veces rojas como la sangre y otras negras como el cocimiento de café; es siempre la materia colorante de los glóbulos destruídos la que se elimina por la vía renal, y las denominaciones de fiebres hematúricas ó melanúricas, corresponden á formas de impaludismo sobreagudo en que la destrucción globular es llevada á su máximum. En las formas medias, el síntoma es menos manifiesto; pero cada acceso febril es seguido de la emisión de una orina roja semejante á la cerveza negra y fuertemente hemaféica, por exceso de pigmento hemático.

El examen directo de la sangre en las formas crónicas caquécticas prueba que el trabajo de desorganización de ella continúa, y que la destrucción aventaja á la reparación, pues la proporción del número de hemacias cae á un mínimum de millón y medio á dos millones, en lugar de cuatro ó cinco, que es la cifra normal por milímetro cúbico; los glóbulos blancos, al contrario, son más abundantes que de costumbre, bien que en los antiguos palúdicos no se observa de ordinario la leucocitosis aguda que se manifiesta después de los accesos febriles, y son también menos pigmentados, aunque esto es variable y más de una vez se ha notado la presencia de numerosos pigmentos impregnando los glóbulos blancos en las formas clásicas de impaludismo.

Estas alteraciones no son las únicas que presenta la sangre, es probable que el suero lo sea también, pues no tiene su constitución normal, y de aquí proviene la tendencia marcada á las trasudaciones que presentan todos los viejos palúdicos, así como la facilidad con que tienen hemorragias, epistasis, etc.

Busquemos por qué mecanismo se produce la hipertrofia del hígado y del bazo, que acompaña siempre á la caquexia palúdica; muchas hipótesis se han admitido.

Se puede sostener que el agente infeccioso de la malaria es transportado directamente por la circulación al seno del parenquima esplénico, que él irrita por su sola presencia, siendo una ley común á todas las enfermedades infecciosas; parece que el bazo y el hígado tienen la facultad de retener en sus tejidos y almacenar de alguna manera los microbios patógenos, la fiebre tifoidea, la disentería, la tuberculosis, nos dan diariamente ejemplos: en las formas agudas de malaria, en el momento del acceso febril, el bazo se congestiona al punto de inflamarse y de romperse algunas veces, y se ha visto producir verdaderos abscesos á consecuencia de una serie de accesos de este género.

En las formas crónicas ó en aquellas que se vuelven después de un cierto número de crisis febriles, la repetición de la congestión esplénica acaba por producir un estado inflamatorio que termina en la esclerosis, sucediendo lo mismo que en la hiperemia habitual del hígado, provocada por el alcohol degenerada en cirrosis. La realidad de este proceso es demostrada anatómicamente por la presencia de placas constantes de periesplenitis y clínicamente por la frecuencia de puntos dolorosos subdiafragmáticos, que indican un cierto grado de peritonitis circunscrita al derredor del bazo. Esta opinión no es admitida por todos; el microbio de la malaria, dicen los adversarios de la doctrina, no reside mucho tiempo en el bazo para determinar allí fenómenos inflamatorios durables, él se destruye muy rápidamente para producir lesiones parenquimatosas persistentes, pero como durante el acceso los glóbulos se destruyen en inmensa cantidad, son los detritus pigmentarios de estos glóbu-

los que se acumulan en el parenquima esplénico y constituyen otras tantas embolias capilares, de donde deriva el estorbo de la circulación del bazo y la hipertrofia permanente de este órgano.

En esta suposición el hígado y el bazo serían pasivos, y su papel se limitaría á interceptar el paso á los fragmentos de pigmento y los otros desechos que provienen de la alteración de la sangre.

Otros médicos, al contrario, piensan que si la sangre se empobrece por una destrucción inmoderada de hemacias, no es esto tanto el hecho de la acción directa del microbio sobre los glóbulos, como la consecuencia de la sobreactividad funcional del hígado y del bazo, agentes de la transformación y de la desintegración globular.

Aquí estamos en pleno dominio de la hipótesis, porque la solución á esta cuestión no podría ser dada de una manera precisa, cual si conociéramos las leyes íntimas de la hematopoyesis y el papel respectivo que juegan el hígado y el bazo en la renovación de los glóbulos, porque á pesar de las perseverantes investigaciones de los fisiologistas, muchos puntos quedan aún obscuros.

Se admite generalmente que el bazo fabrica glóbulos blancos y globulinos, rudimentos de los futuros glóbulos rojos, mientras que el hígado contribuye á destruir éstos á medida que envejecen.

Ranvier, en estos últimos tiempos, ha ilustrado la cuestión y él considera la hemotopoyesis como una función general; para él los leucocitos se forman en todas partes donde existen células conjuntivas, éstas son según su expresión, células de tejido conjuntivo movilizadas, el bazo contribuye á su formación en una gran parte, pero no tiene el monopolio; y por otra parte, en razón de las condiciones anatómicas de su circulación intersticial, hace el papel de un receptáculo donde se acumulan los residuos de la destrucción globular, es aún posible que contribuya en cierta parte á esta destrucción; opinión que ha sido sostenida por fisiólogos autorizados. En cuanto al hígado, él destruye ciertamente los glóbulos rojos, porque si se analiza la sangre de las venas suprahepáticas comparativamente á la de la vena porta, se encuentra la primera notablemente rica en glóbulos; esta destrucción fisiológica de hemacias, permite á la glándula en las condiciones normales, elaborar las materias colorantes biliares, á expensas del pigmento sanguíneo, y todo lo que sabemos de las alteraciones funcionales del hígado, viene á confirmar esta opinión, pues basta que éste funcione mal ó insuficientemente para que las orinas se vuelvan inmediatamente hemaféicas, porque el pigmento sanguíneo destinado á colorear la bilis no ha sido utilizado por la secreción biliar; sucede lo mismo si la destrucción globular es excesiva, aunque el hígado esté sano, esto es lo que tiene lugar siempre en el período agudo y aun subagudo de las calenturas intermitentes.

No hay que insistir sobre los síntomas concomitantes de la caquexia palúdica, ellos derivan todos de la destrucción globular exagerada que se produce en todas partes, pero el hígado es más particularmente el teatro; los edemas, las sufusiones serosas, la ascitis, son la consecuencia de la hidrohemia y de la desglobulización del plasma sanguíneo.

Hay, sin embargo, un punto interesante de notar, y es que á pesar de la alteración de la sangre, los trastornos circulatorios son raramente pronunciados en los palúdicos, lo son mucho menos que en las cloróticas, aunque el número de glóbulos en estas últimas sea más elevado; la razón de esta diferencia reside en la diminución de la hemoglobina en los glóbulos de las cloróticas, mientras que en los palúdicos los pocos glóbulos que persisten son

ricos en hemoglobina y por consiguiente bastan para conducir el oxígeno, y así no se observan estas palpitaciones, estos desfallecimientos, esas languideces especiales á las cloróticas; la auscultación del corazón y de los gruesos vasos no revela en ellos soplos, justificando con esto la advertencia de Potain sobre la rareza de los soplos vasculares en las falsas clorosis; en fin, las funciones digestivas son buenas, circunstancia importante desde el punto de vista del pronóstico, así como también la falta de albúmina en la orina.

Siendo en la anemia palúdica los pocos glóbulos que quedan, más ricos en hemoglobina que en los de las cloróticas, está muy justificada mi observación que hice al principio, de que el arsénico solo no produce la regeneración de la sangre en la afección de que trato, ni asociado á las sales de quinina y á los tónicos, por consiguiente, son indispensables las preparaciones marciales, entre las que le doy la preferencia al protoyoduro de fierro y manganeso, lamentando justamente el poco uso que en la actualidad se hace de los admirables preparados de fierro y manganeso del Sr. Burin Du Bouisson, que siempre me han dado resultados maravillosos en el linfatismo, diátesis estrumosa y otras afecciones ligadas á este vicio constitucional.

Etiología.

Estas doctrinas han sido admitidas por los clínicos y patologistas en los tiempos en que yo he estudiado y observado el paludismo crónico, mas en la actualidad las ideas han variado, pero estamos siempre en el terreno de las hipótesis con respecto al génesis de la malaria.

Era un hecho admitido por todos que el hematozoario de Laverán es el que engendra el paludismo, y que se encuentra en el cieno de los lugares pantanosos, ó bien en el aire ó en el agua, pudiendo ser introducido al organismo humano por las vías respiratorias ó digestivas; pero ahora se tiene como un error esta última creencia, y según las teorías modernas, la penetración del parásito á la sangre del hombre se hace por medio de la inoculación, que es determinada por la picadura de unos moscos pequeños que se llaman *anofeles*, los cuales toman dicho germen de los individuos ya inoculados á quienes han picado, resultando de esto que el parásito que engendra el paludismo pasa del anofeles al hombre, y de éste á aquél, sin encontrarse nunca en libertad ni en el suelo, ni en el aire, ni en el agua; presentando el hematozoario dos generaciones sucesivas y distintas: la una, agama (esquizogonia), que transcurre mientras vive en los glóbulos rojos de la sangre del hombre, y la otra sexual (esporogonia), que se verifica en el tubo digestivo y en los anexos de los anofeles (véanse al fin las notas núm. 1 y núm. 2, con respecto á la generación del hematozoario); y que el acceso de paludismo comienza con el ciclo evolutivo del hematozoario desde el momento en que el hombre es picado por el mosquito infectado.

El mosquito, al picar, inocula su saliva envenenada con algunos ejemplares del parásito, y que en el momento de ser inoculado está en el estado de célula alargada en forma de navecilla flexible (esporozoito). Esos esporozoitos, introducidos en una pequeña vena de la piel se diseminan en la sangre apoderándose de los glóbulos rojos, donde se retraen en forma de masa esférica de 2 m., deformándose y enviando prolongamientos diferentes. Este organismo aumenta, y cuando ha alcanzado todo su desarrollo pierde su movilidad y se carga de un pigmento negruzco, que no es otra cosa que el residuo de la digestión de la hemoglobina, durando esta evolución 48 horas.

En ese momento, que marca para el hematozoario el summum de su desarrollo, se segmenta, dividiéndose en cierto número de partes, formando cada una un nuevo ser que va á servir á la diseminación de la especie.

El glóbulo que servía de alojamiento se destruye, y los organismos nuevos puestos en libertad se esparcen en la sangre; cada uno de ellos, incapaz de subsistir en el líquido sanguíneo, se apresura á apoderarse de un glóbulo rojo, como lo hizo el esporozoito de que provienen todos, y continúa el mismo ciclo de evolución. Hay, pues, una multiplicación cada 48 horas, viniendo á ser el resultado que el uno por ciento de glóbulos son atacados y destruídos, habiendo un hematozoario por cien hemacias, y aun más, siendo en este caso mortal la anemia. Los fenómenos inmediatos del acceso febril son provocados por la invasión del parásito al elemento sanguíneo, produciéndose en este conflicto alguna toxina segregada por el mismo hematozoario que ataca al glóbulo, y ésta, esparcida en la sangre, obra sobre el sistema nervioso y provoca el calofrío y demás síntomas del acceso, cuya explicación fué dada por el sabio profesor Golgi.

Finalmente, admiten que el anofeles, al hacer la inoculación no es un simple agente, sino que hace sufrir al parásito una especie de elaboración que lo hace más virulento, capaz de contaminar, á muy pequeña dosis, un organismo sano, probándolo con que la inoculación de un individuo palúdico á un sano, éste no adquiere la malaria, pero sí la contrae si es picado por un anofeles contaminado.

En estas hipótesis, el hematozoario no debe elaborarse sino en el aparato digestivo de los mosquitos, y no dicen de dónde lo tomó, puesto que no existe ni en el suelo, ni en el aire, ni en el agua en libertad, y tal vez la sangre que chupa al picar, le sirve de cultivo; pero sucede que en muchos casos de impaludismo no hay constancia de la picadura de estos insectos, y aun se observa en lugares donde no existen, como me aconteció á mí en Diciembre del año próximo pasado, en Amiatlán de Cañas, población perteneciente á la costa; contrayendo la malaria de tipo terciano, sin tener conciencia de haberme picado un anofeles, el que siempre me produce una pequeña pústula en la piel.

Sin negar que la picadura del mosquito mencionado sea uno de los medios de transmisión del paludismo, las teorías expuestas le dan el carácter de una afección específica, virulenta, y por consiguiente, contagiosa, lo que no se ha demostrado, y sería necesario para comprobarlas experimentos y hechos tan evidentes, como los verificados por los médicos norteamericanos en la Isla de Cuba, para demostrar que la fiebre amarilla era producida por el mosquito denominado *stegomya fasciata*, contra el cual se ha emprendido una campaña tan activa, que se ha conseguido destruirlo desde la proclamación de la República, y en la actualidad la fiebre amarilla casi ha desaparecido, según los datos oficiales que manifiestan el estado sanitario de dicha isla.

Emprendida la campaña contra los mosquitos, en el mes de Marzo de 1901 por el Coronel W. Gorgas, del Ejército americano y Jefe de Sanidad, hasta el 20 de Mayo de 1904, sus resultados se manifestaron á los 7 meses.

Desde esa época, hasta fines del año de 1904, sólo se registró en la Habana un caso de fiebre amarilla perfectamente caracterizada.

La explicación de la anemia provocada por la multiplicación asombrosa de las parásitos en la sangre y la destrucción globular, así como la pigmentación de la piel y demás órganos, es muy plausible; pero entonces ni el bazo ni el hígado juegan el papel tan importante como órganos de hematopoyesis,

destruyendo el uno los glóbulos rojos y el otro elaborando nuevos, ni tampoco la leucocitosis fagocitaria, como defensa natural del organismo tendría lugar, y por último, no se encuentra la explicación de la hiperhemia tan activa de estos órganos que termina en la hipertrofia y en la esclerosis.

La fórmula de las píldoras americanas de que me he servido, es la siguiente:

Sulfato de quinina puro	30 gramos.
Sulfato de protóxido de fierro cristalizado . .	14 »
Yoduro de potasio	16 »
Polvos inertes de Dorvault	15 »

Se mezclan las sales de fierro y potasio con un poco de alcohol de 96°, y después á las otras substancias.

Se hacen según el arte 600 píldoras, dándoles un barniz con tintura de bálsamo de Tolú, y se recubren con una capa de fierro de Queveune y se ponen á secar en un lugar seco y á la sombra.

Guadalajara, Junio 24 de 1905.

DR. JESÚS T. LARIOS.

Resumen de Bacteriología del paludismo, por Deschiens, ex-Ingeniero Químico del Hospital Cochin. París.

Núm. 1. *Esquizogonia.*—El mosquito infectado introduce en la picadura que hace al hombre sano, por medio de su vostre, una saliva cargada de parásitos oblongados (esporozoitos), que pasan á la sangre, penetran al interior de las hemacias, de las cuales se nutren, redondeándose y transformándose en esquizontes ó cuerpos esféricos.

El hematozoario, habiendo adquirido su tamaño definitivo, se vuelve cuerpo rosáceo, por segmentación, en un cierto número de merozoitos, los cuales hacen estallar la hemacia, se esparcen en la sangre, se adhieren á otros glóbulos y se nutren de ellos como habían hecho los esporozoitos iniciales.

Esta esquizogonia puede repetirse cada cuarenta y ocho horas; produce un número tal de parásitos, que, en casos graves, se ha visto que la mayor parte de las hemacias contenían uno y hasta varios.

Núm. 2. *Esporogonia.*—Por agotamiento, la generación precedente evoluciona en otra dirección. Los merozoitos se alargan en cilindros, se encorvan y dan cuerpos en media luna que, á su vez, devoran el glóbulo; los unos se redondean, otros conservan la forma encorvada; estos elementos se acumulan en el plasma sanguíneo, pero no pueden reproducirse de nuevo (caquexia palúdica).

Entonces es cuando interviene el mosquito; absorbe con la sangre esos corpúsculos que, en su estómago, se transforman, los unos en *cuerpos flagelados* ó microgametocitos (machos), los otros en *no flageludos* ó macrogametos (hembras). Los flagelos ó microgametos se separan del microgametocito y van á implantarse en un macrogameto, fecundándolo. El organismo fecundado (zigoto), se enquista en el estómago del mosquito y produce, á no tardar, una masa de esporozoitos vermiformes que pasan á la saliva y que el insecto se halla á punto de inocular á otros sujetos.

De este modo se vuelve al punto de partida (esporozoito inicial) y el ciclo la de infección palúdica es completo.

IDIOSINCRASIAS ANTIQUINICAS

Es muy común en nuestra práctica nosocomial, sobre todo en tratándose de los nerviosos, que el cliente detenga nuestra mano cuando empezamos el *recipe,* para advertirnos de sus idiosincrasias. Tal enfermo no tolera el opio ni la morfina; otro jamás ha podido resistir una dosis, ni aun mínima, de calomel; pero en tratándose de los alcaloides de la quina, las idiosincrasias intolerantes comprenden en su círculo hasta á los menos preocupados, nerviosos ó linfáticos.

Tuve por cliente á una señora que sostenía ser susceptible para conocer cuando se manejaba quinina en una botica, aunque sólo pasara delante de la oficina. «Estornudo luego—me decía—y por algunas horas tengo jaqueca y palpitaciones de corazón.» A otro de mis clientes bastaba, según su afirmación, tomar una copa de vino quinado, para sufrir violentos torzones.

Ejerciendo en un medio saturado de paludismo y en donde apenas si hay otra enfermedad que la malaria, he debido preocuparme mucho por la tolerancia ó intolerancia de las sales quínicas entre mis clientes, buscando la verdad sobre esas idiosincrasias repelentes á la quinina, y el origen de este fenómeno; ya para no darles sino la verdadera importancia que tuvieran, ya para corregir el efecto ó acción fisiológica de esta sal por medio de asociaciones con otros medicamentos, en los casos de real y positiva intolerancia.

Omitiendo detalles de experimentación, pero advirtiendo que en todo he procedido con suma cautela, eligiendo mis sujetos de experimentación de entre los más veraces y menos preocupados, he planteado el problema conforme al siguiente programa:

1º Experimentación con sales de quinina: *a)* impuras y *b)* puras, en sujetos

I. En quienes predomina el temperamento sanguíneo.
II. » » » » estrumoso ó linfático.
III. » » » » bilioso.
IV. » » » » nervioso.

2º En dosis creciente, desde 30 centigramos á 1.80 diaria; 6 días.
3º En dosis macizas de 1 á 1.50 gramos diarias; 6 días.

Recogidas y comprobadas las observaciones que este estudio me proporcionó, emprendí la contra-prueba en los casos de intolerancia, engañando á los pacientes, sugiriéndoles que tomaban otro medicamento, distinto á la quinina.

Y por último, depurada la materia, procedí á ensayar asociaciones medicamentosas que corrigieran la molesta ó intolerada acción fisiológica de la quinina.

He aquí el resultado de mis observaciones: Operando con sales impuras (basta usar las más baratas), en dosis progresivamente crecientes; tres de mis sujetos, linfáticos, toleraron bien la medicina, hasta llegar á los 120 cgs., dos, y uno hasta los 180 cgrs.: sólo se quejaron de sensación de calor en la vejiga y de ardor en la uretra al orinar. Uno tuvo bascas á los 4 días (120 cgrs.); pero este fenómeno fué pasajero. Este mismo acusó ansiedad precordial y perturbaciones en la visión.

De los intolerantes, fueron los primeros en quejarse de vértigos, zumbidos de oído, palpitaciones cardíacas, dolor á la región renal y sensación de ardor en la vejiga y en la uretra; los sanguíneos, pudiendo apenas llegar á la dosis de 120 cgrs. Más tolerantes se manifestaron los biliosos ó de piel obscura, y enjutos de carnes; pero en los nerviosos ninguno pasó la tercera dosis (90 cgrs). desapercibida. En dos, de cinco sujetos, se produjeron alucinaciones, desesperación, violentas palpitaciones de corazón y sensación de ahogamiento y constricción á la garganta.

A algunos de estos sujetos tuve oportunidad de dar dosis macizas de 1 gramo á 1.20, y el cuadro se repitió con mayor intensidad en los tipos sanguíneo y bilioso: el nervioso toleró bien 2 dosis altas y ya no volvió á mi consultorio, pues llegó á creer que yo le había dado mariguana, según después me confesó.

A este mismo sujeto, á algunos de los anteriores y á otros nuevos clientes, dí sales de quinina muy puras, clorhidrato de quinina Pelletier, cloruro neutro de quinina y sulfato de quinina de la Casa Sharp & Dohme, en dosis crecientes de 30 á 180 cgrs. La intolerancia se manifestó en menor grado, siendo el sulfato el que menos toleraron los sanguíneos. Las dosis macizas fueron toleradas con poca repugnancia hasta 3 días por los nerviosos y sanguíneos, hasta 4 días por los linfáticos y biliosos; pero ninguno quiso llegar al quinto día.

Después procedí á hacer la comprobación engañando á los enfermos:—«Va vd. á tomar un vino amargo preparado con yerbas, pues vd. no puede tolerar la quinina, sólo que este vino es mucho más amargo que la quinina: tómelo vd. aprisa;»—y en un poco de cognac disolvía un gramo de quinina (clorhidrato de Pelletier ó clorhidrosulfato de la Casa de Sharp & Dohme). A otros lo daba en cápsulas teñidas con azul de metileno, ó mezclando la sal química con un poquito de carmín, á fin de sugerirles la idea de un medicamento distinto de la quinina.

El resultado fué el siguiente: la absoluta mayoría toleró sin apercibirse del fraude, ó sin preocuparse de los ligeros fenómenos que sintió, hasta 3 días dosis de 1 gramo. Al cuarto día la mayoría declaró que á pesar del zumbido de oídos que siempre sentía, prefería la nueva medicina *al quinino*.

De lo expuesto se deduce que la mayor intensidad de los molestos fenómenos fisiológicos de las sales de quinina, se deben á las impurezas que contienen (quinidina, quinoleina, cinconina, etc.), cuyas acciones, ya excitante del sistema nervioso, ya tónica sobre el corazón y tópica-irritante en el estómago, intestino y riñón, se suman, obrando como un compuesto: que las sales de quinina puras, preferentemente las más solubles (sulfato neutro, cloruro neutro, clorhidrato, etc.), si bien producen una excitación nerviosa real, una real acción tónica sobre el corazón y sobre los vasos, con molestos zumbidos de oídos y palpitaciones pasajeras del corazón, son muy tolerables, porque apenas si producen en el estómago una sensación de calor (dosis maciza de á 1 gramo y más) y en el riñón nada apreciable. Y por último, que la sugestión que lleva al enfermo á pensar en las perturbaciones que le han referido se sufre con la quinina, toma una principalísima parte en estos fenómenos, hasta suponerlos cuando no existen.

Hace 3 años un estimable joven, de bien cultivada inteligencia y procedente de una de las Escuelas científicas de la Capital, me decía al atenderlo en un severo ataque de paludismo: «Estoy convencido de que la quinina no mata; pero estoy también convencido de que llega hasta producir incapacidad mental, sordera perpetua, etc. Muchos de mis condiscípulos y amigos que vol-

vían de Yucatán ó de las costas de Veracruz, han quedado valutudinarios por la medicación quínica. Póngame vd. inyecciones de cacodilato de sosa, ó de algún otro medicamento que vd. conozca y que no tenga quinina.» Así lo prometí; y con escandaloso rótulo de «Inyección de cacodilato de sosa y hierro,» hice venir de la Farmacia una solución de cloruro de quinina al 50 por 100. El paciente toleró por 4 días las inyecciones de quinina, y sólo se quejaba de malestar cerebral á la hora—decía—en que debía venir la intermitente. Prescribí acetanilida y estricnina, y el enfermo soportó 6 inyecciones más, una cada tercer ó cuarto día, sin quejarse de trastorno alguno.

Igual caso tuvo lugar con el Sr. Ing. C. R., Inspector de las Obras del Puerto, quien soportó sin graves molestias la inyección de 1.50 gramos de cloruro de quinina en una sesión.

Ya he citado el caso[1] de una hijita mía, enferma de hematuria de origen palúdico, á quien su médico rehusaba prescribir quinina, porque ésta iría á sumar sus efectos en el riñón con los de las toxinas palúdicas. La niña tenía 8 años, y yo la hice tomar 50 cgrs. de quinina (cloruro) por la boca. A las 12 horas la hematuria se suspendió, y con nuevas dosis curó la niña, sin sentir dolor alguno, nuevo, en sus riñones, ni acusar trastorno alguno cerebral.

* * *

Pero no he citado todavía los casos en que la intolerancia era real é invencible. Estos son 6—si mis notas y mi memoria no han olvidado alguno—en el espacio de 8 años.

Estos se reparten así: 4 mujeres y 2 hombres; una mujer y un hombre de más de 40 años, y 4 entre 18 y 25 años; 2 de temperamento sanguíneo y 4 nervioso-linfático. Todos estos sujetos no pudieron soportar ni dosis de 25 cgrs.; ni con engaños ni con asociaciones medicamentosas.

Como detalle necesario á este estudio, debo manifestar que todo lo expuesto hasta aquí se refiere á personas que no eran cardíacas, ni llevaban padecimiento alguno renal—distinto del palúdico—ni sufrían una anemia hipoglobúlica; pues sólo se trata aquí de *idiosincrasias* por repulsión orgánica al medicamento *quinina,* y no de contraindicaciones médicas por estados patológicos.

* * *

Para concluir diré cómo he procedido para hacer tolerables las sales de quinina por medio de asociaciones con otros medicamentos.

A la acción tónica y constrictiva del sistema cardio-vascular y nervioso, propia de la quinina, he opuesto la vaso-dilatadora de la acetanilida. Y á la depresión que esta última y la toxina palúdica producen, he opuesto la estricnina. Para corregir la tensión capilar sanguínea, el eretismo que produce en la circulación del oído los molestos ruidos, he asociado á las anteriores la belladona.

De esto ha resultado la fórmula que con nombres convencionales prescribo así:

1 Véase el núm. 4, Tomo VII de la «Crónica Médica.»

[1] Sal febrífuga al Cl. H. (ó al Cl. O., etc.) . .	1.00	gramo.
Acetanilida	0.40	»
Estricnina Sulfato.	0.003	»
Polvos de hojas de belladona	0.10	»
Carmín puro	0.03	»

Cápsulas.

En los niños substituyo la estricnina con la brucina, poniendo las dosis en relación con la edad.

En los nerviosos me ha dado muy buen resultado substituir las hojas de belladona por 10 cgrs. de opio bruto.

En las mujeres en cinta suprimo la estricnina y la brucina y añado lavativas laudanizadas (hasta 80 gotas he prescrito durante 24 horas, en lavativas de á 10 gotas por cada 100 gramos de agua hervida, que constituye un enema).

En resumen, las idiosincrasias antiquínicas de verdad, son raras; y en las demás, la imaginación toma gran participio. Basta para vencer estas últimas, la asociación correctiva medicamentosa, y la sugestión.

Manzanillo, Julio de 1905.

DR. J. J. ROMERO.

1 Actualmente estudio la cinconidina en substitución de los sulfatos y cloruros de quinina.

LA FALACIA DEL MOSQUITO EN LA FIEBRE AMARILLA

CRITICA DE LA TEORIA ETIOLOGICA
DEL MOSQUITO HEMBRA DE LA ESPECIE STEGOMYA FASCIATA EN LA FIEBRE AMARILLA.

POR EL

DR. AGUSTIN M. FERNANDEZ DE IBARRA

Residente en Nueva York.

Siempre ejerce sobre la gran mayoría de los hombres, irresistible fascinación todo lo que brilla, todo lo que está de moda, todo lo que vence ó lleva el éxito consigo, aunque sea momentáneo, como galardón de triunfo, sin que novecientos noventa y nueve hombres de cada mil, se detengan para escarbar la superficie dorada, refractarios siempre á examinar lo que hay de verdad en el fondo de las cosas que deslumbran, sin querer investigar si las pesadas ruedas del carro triunfal del vencedor han aplastado con su peso algún derecho, ni si exhala gritos de dolor alguna víctima arrollada y estropeada en la carrera.

Si fuese esto cierto tan sólo en la política, en la que los ídolos de hoy son mañana arrastrados por el lodo; ó en la religión, en la que las creencias constantemente se modifican y varían; pero es que resulta lo mismo hasta en la ciencia.

En Julio de 1897 la Academia Nacional de Medicina del Brasil, publicó, en un volumen especial de sus Anales, la versión portuguesa de la *Memoria*

de Sanarelli sobre su descubrimiento del germen de la fiebre amarilla. Y el Dr. Nuno de Andrade dice á este respecto lo siguiente:

«Aun tengo presente en mi espíritu, como si fuese de ayer, el cuadro de entusiasmos de los hombres de ciencia nacionales ante el descubrimiento del bacteriólogo italiano, consagrado, entonces, como la más brillante conquista, del siglo que terminaba. Médicos brasileños, llenos de juventud y de talento, tradujeron rápidamente el escrito original de Sanarelli, guiados por la ansiedad de divulgar la buena nueva, porque les pareció que, encontrando el germen de la enfermedad, estarían solucionados los problemas referentes á su tratamiento y á su profilaxia.

«A solicitud de la Academia, el Gobierno mandó imprimir, á costa del Estado, la versión portuguesa de la *Memoria*, destinada á servir de Biblia á nuestra redención sanitaria.

«El elogio del descubrimiento revistióse del esplendor de las apoteosis; y si, en aquella ocasión, hubiese estado funcionando un Congreso de Medicina en Río de Janeiro, con seguridad, en voto unánime, habría certificado la especificidad del bacilo de Sanarelli como el elemento causal del tifus americano [1]

«Súbitamente se deshizo la reminiscencia importuna de las escenas de glorificación á que antes aludí.

«El *bacilo icterodes* de Sanarelli quedó aplastado por el peso del olvido. La apoteosis de entonces trasmutóse en una flor mustia, en el sobrante de las ornamentaciones del baile que concluyó; y el germen doblemente *invisible* de la fiebre amarilla (porque invisible era ya el hombre que lo descubrió é invisible también su hallazgo), surgió de nuevo como un fantasma luminoso para fascinar á los entusiastas de ayer.

«Por eso el 5º Congreso de Medicina del Brasil acaba de dar su sanción al fundamento de la doctrina habanera, acogiendo como una verdad científica la teoría del germen *invisible* de la fiebre amarilla, como agente etiológico de la enfermedad.»

Siga, pues, la muchedumbre, en la política, en la religión y en la ciencia aplaudiendo lo que brilla y deslumbra, ya que vivimos en un mundo en que tanto abundan los ilusos, y en el que la cobardía de silenciar las opiniones en contrario á las que están de última moda se la califica, á lo más, como prudencia; y pasen los abusos del poderoso vencedor inadvertidos para esa muchedumbre, como pasan los vestidos, adornos y peinados de moda, como pasa el oro *doublé* por oro puro y los brillantes de pasta vidriada por brillantes legítimos. *Ad captandum vulgus fronti nulla fides.*

Por mi parte, yo, en cuestiones científicas, lo que no creo lo digo, y doy mis razones para no creerlo. Si caigo, como ya he tenido la gran desgracia de caer, por ello, en el pozo del olvido; si sufro, como ya he sufrido, grandes pérdidas de intereses y de amistades, dispuesto estoy á resignarme á mi suerte, persuadido de que el tiempo decidirá la cuestión, como ya ha principiado á resolverla. Si por negarme á decir *amén* á las ruidosas alabanzas, á las falsas enseñanzas y á los sacrílegos cánticos de los idólatras sufro excomunión, me

1 Que fué exactamente lo que resultó en el mal llamado, porque no lo era así, «Congreso Sanitario Internacional» que se celebró en la ciudad de la Habana, en Febrero de 1902, en el cual se aprobó por unanimidad (con la única excepción de mi voto en contra), la teoría de que el mosquito hembra de la especie denominada *Stegomya fasciata*, es el único y exclusivo transmisor de la fiebre amarilla.—Nota del autor.

contentaré con recordar á Moisés bajando del Monte Sinaí con las Tablas de la Ley, y encontrándose al pueblo de Israel muy embebido en la adoración del Becerro de Oro.

* * *

En la importantísima cuestión de la etiología de la fiebre amarilla, no puede negarse la gran influencia que en el ánimo del Dr. George M. Sternberg (Cirujano General del ejército de los Estados Unidos é inspirador de la teoría absolutista del mosquito hembra de la especie *Stegomya fasciata* en esa enfermedad) y el Dr. Walter A. Reed (su subordinado y jefe de la Comisión que fué á Cuba en 1900 á estudiar la fiebre amarilla), habían ejercido las investigaciones de Marchiafava y Celli, Golgi, Ross, Mac-Callum, Grassi, Bastianelli, Bignami, etc., sobre la etiología de la malaria, en las que se evidencia de un modo positivo la serie de transformaciones evolutivas del germen productor de esa enfermedad, en el organismo del mosquito *Anofeles claviger*. Haciendo hincapié Sternberg y Reed en la noción (puramente hipotética) de que el mosquito sirve de «huésped intermediario» al germen de la fiebre amarilla, como resulta en la malaria, formularon su falso raciocinio analógico y de él sacaron la deducción de que lo que resulta en la malaria debía resultar igualmente en la fiebre amarilla. Con esta sola diferencia: que el mosquito que sirve de huesped intermediario en la fiebre amarilla es otra clase de mosquito.

Las más cuidadosas y abundantes investigaciones bacteriológicas de peritos en la materia, no han podido lograr hasta ahora descubrir el germen productor de la fiebre amarilla, mientras que sí se sabe de una manera positiva cuál es el germen productor de la malaria, y por consiguiente salta á la vista la falta de analogía y la carencia de los principios rudimentales de lógica en la hipótesis de Sternberg y Reed. Esta gran laguna no les pareció á ellos, sin embargo, ser de gran importancia, toda vez que se les antojaba el recurso de admitir la existencia, en la sangre del enfermo de fiebre amarilla, de un organismo *ultra visible*, esto es, imperceptible aun con el auxilio de los más potentes y perfeccionados microscopios.

A pesar de esta especie de pecado original, la teoría del mosquito hembra de la especie *Stegomya fasciata*, como el único y exclusivo transmisor de la fiebre amarilla quedó formulada en las siguientes afirmaciones:

1ª Existe en la sangre del enfermo el germen de la enfermedad, cualquiera que éste sea y á pesar de que ni aun su naturaleza se conoce todavía.

2ª Ese germen es chupado por el mosquito hembra de la especie denominada *Stegomya fasciata*, y nunca por el macho de la misma especie.

3ª En el organismo de este mosquito hembra se realiza una serie de transformaciones evolutivas en el período de 12 á 17 días, ó más; pero nunca menos.

4ª A la terminación de ese período de tiempo queda dicho mosquito hembra habilitado para inocular, por medio de una picadura, el germen regenerado de la enfermedad *que tan sólo es activo entonces*, á un individuo no inmune.

5ª Esta es la manera única y exclusiva con que se trasmite y propaga la fiebre amarilla.

La doctrina de la trasmisibilidad del paludismo que sugirió y antojadizamente fué tomada como modelo por la Comisión de cirujanos del ejército de los Estados Unidos, mandada á la Habana el año de 1900 á estudiar la fiebre amarilla, es distinta á su imitadora.

En la etiología y trasmisión del paludismo *todo* es conocido, y todo está

plenamente investigado y comprobado: germen productor de la enfermedad, su función endoglobular en el corpúsculo rojo de la sangre, la formación allí de los gametocitos, la salida de los microgametocitos, su fertilización sexual, la generación del zigote, la formación de los blastos filiformes ó flagelos, y el regreso de éstos al estado de ameba ó amébula, con cuyo regreso principia otra vez el ciclo de la historia vital del parásito productor de la enfermedad. Esto es lo que pasa en la sangre del individuo afectado de paludismo á consecuencia de la picadura del mosquito de la especie *Anopheles claviger*. Una vez entrado el parásito en el organismo del mosquito no infectado todavía, con la sangre que este insecto chupa á un individuo que sufre de paludismo, en un período de 8 á 21 días, dicho parásito efectúa una serie de transformaciones evolutivas en la cavidad abdominal del insecto, apareciendo por último los esporozoitos, que emigran hasta llegar á las glándulas salivares del *Anopheles*, su presencia luego en la saliva del mosquito, y, por último, su entrada á través de la prosboscis del insecto en la corriente circulatoria del hombre no infectado todavía, al efectuarse la picadura, para volver á repetirse en la sangre del individuo picado, toda la serie de fenómenos ya antes explicados.

¿Existe semejante conocimiento positivo en la teoría del *Stegomya fasciata* como el único y exclusivo trasmisor de la fiebre amarilla?

No, y cien veces no. El germen productor de la enfermedad no se conoce, ni tampoco, por consiguiente, se conoce en qué parte del organismo humano evoluciona. Lo que en esa teoría existe es una cadena de hipótesis, un eslabonamiento de ilógicas conjeturas, absolutamente sin base sólida en qué fundarse, y modeladas todas con el propósito de sostener un invento. Helas aquí esas hipótesis, desde su primer fofo eslabón: el germen productor de la enfermedad... *ignorado, invisible,* cuya naturaleza no es ni siquiera sospechada; su biología... *no existe;* su introducción en el organismo del mosquito con la sangre chupada al enfermo de fiebre amarilla, y las transformaciones evolutivas que allí se operan antes de ser regenerado el germen y entrar en el organismo humano, á través de la prosboscis del insecto, al efectuar éste la picadura á un individuo no inmune... *hipotética* y *conjeturada*; pero bajo ningún concepto probada, puesto que no se conoce dicho germen, la transmisión de la enfermedad únicamente por el mosquito... *conjeturada también,* menos que eso, *contraproducente;* la enfermedad que el mosquito infectado transmite... una fiebre amarilla *sui generis,* desprovista de virulencia. Además, la picadura del mosquito *Anopheles claviger,* infectado, produce el paludismo; pero el individuo que lo sufre, una vez curado, no queda inmune para volver á tener otro ataque de paludismo en la misma ó en diferente localidad. Y sin embargo, se pretende hacer creer que la picadura del mosquito hembra de la especie *Stegomya fasciata* deja para siempre inmune á un individuo, después de haberle comunicado la enfermedad.

Como dice muy apropiadamente el Dr. Nuno de Andrade, de Río de Janeiro, en su brillante y demoledora monografía titulada «Fiebre Amarilla y Mosquito:» [1]

«Lo que hay es una catedral de filigrana, que se admira desde afuera; pero que no tiene solidez para los ejercicios del culto.»

1 Véase «Anales de Sanidad Militar,» de Buenos Aires, números correspondientes á Diciembre de 1903, y á Enero y Febrero de 1904. Anteriormente se había publicado en portugués, en el Diario del Comercio, y en un folleto, en la ciudad de Río de Janeiro.

Y al hablar de catedrales, esto es, de admirables templos históricos, me viene el deseo de hacer un poco de historia.

Los miembros de la Comisión de cirujanos del ejército de los Estados Unidos, que fueron á Cuba á estudiar la fiebre amarilla en el verano de 1900, recibieron su nombramiento por recomendación particular del Dr. George M. Sternberg, Cirujano General y jefe superior de ese cuerpo de Sanidad Militar en aquella época (hoy retirado del servicio), quien encargó al Médico Mayor, Comandante Dr. Walter A. Reed, que era el presidente de la Comisión, «que dedicara especial atención á la posibilidad de la transmisión de la enfermedad por medio de algún insecto, á pesar de que los experimentos de Finlay parecían demostrar que ese insecto no era el mosquito del género *Culex*, que fué el que él había usado para sus experimentos de inoculación.»[1]

Estas son las palabras, fielmente traducidas del inglés, que usó el Dr. Sternberg en su particular recomendación al Dr. Reed, y creo conveniente llamar aquí la atención sobre la fuerza y el alcance que tiene una recomendación de esta especie, venida directamente del jefe superior del cuerpo militar á que ambos pertenecían, y lo que significa para el subalterno que la recibe.

Aquella Comisión científica de médicos investigadores, por consiguiente, desde el momento mismo de su nombramiento, estaba obligada á dedicar *especial atención á la transmisión de la fiebre amarilla por los mosquitos*. Puede decirse que ese era, en efecto, el objeto primordial del estudio que se le mandaba llevar á cabo.

Sigo fielmente copiando las palabras de la recomendación del Dr. Sternberg al jefe de la Comisión: «También insistí en que se hicieran esfuerzos para descubrir de una manera positiva si la enfermedad podía ser transmitida de un individuo á otro por medio de la inoculación de la sangre.»

La Comisión encontró exactamente lo que se le había encargado que buscara, esto es: 1º Que la fiebre amarilla se transmite de una persona á otra por medio de una clase especial de mosquitos, y que esa clase «no es el mosquito del género *Culex*, que fué el que el Dr. Finlay había usado para sus experimentos de inoculación;» y 2º Que puede ser comunicada de un individuo á otro por medio de la inoculación directa de la sangre. No pudo haber sido, pues, esa Comisión científica más obediente á las recomendaciones de su jefe superior, y más afortunada en encontrar lo que buscaba.

Favorecida de un modo sorprendente por la veleidosa Fortuna, y en su vehemente deseo de dar cumplimiento á las recomendaciones recibidas, la Comisión se esforzó tanto en hacer sus investigaciones científicas, que halló todavía más, y considerablemente de mayor importancia que todo eso, es á saber: Que la clase especial de mosquitos denominada *Stegomya fasciata*, es EL ÚNICO Y EXCLUSIVO MEDIO por el cual la fiebre amarilla se trasmite de una persona á otra, ó, usando las propias palabras del Dr. George M. Sternberg, al describir este portentoso descubrimiento científico: «Que no existiendo un individuo atacado de fiebre amarilla, del cual pueda ese insecto chupar sangre, dicho mosquito es inofensivo; y que en ausencia del mosquito, el enfermo de fiebre amarilla no ofrece peligro alguno.»[2]

De esta fácil manera, y á imitación de la patogenia de la malaria, vino á

1 Véase el artículo del Dr. Sternberg, titulado «The Transmission of Yellow Fever by Mosquitos,» publicado en la Revista americana «Popular Science Monthly,» de Julio de 1901.

2 *Loco citato.*

establecerse la teoría etiológica absolutista del mosquito *Stegomya fasciata* en la fiebre amarilla, y á resultar, además, que la opinión puramente personal del Cirujano General del ejército de los Estados Unidos en aquella época, de que «probablemente en la fiebre amarilla, como sucede en las fiebres palúdicas, existe *un huésped intermediario*, quedase científicamente probada por la Comisión de cirujanos de dicho ejército, nombrada á petición del mismo Dr. Sternberg.

Y sin embargo de lo sorprendente que es todo esto, fué todavía más, mucho más, en verdad fué tanto lo que descubrió dicha Comisión científica, siempre de acuerdo y consecuente con su propósito de dar cumplimiento á las recomendaciones que de su jefe superior había recibido, que *una parte de lo descubierto por ella destruye por completo la otra parte.* Veamos de qué manera.

El Dr. Sternberg, al dar cuenta del resultado obtenido por la Comisión, dice: «Los experimentos á que hago referencia, demuestran del modo más concluyente que la sangre de los enfermos atacados de la fiebre amarilla, contiene el agente infeccioso, ó germen, del cual depende la enfermedad; y esto se ha demostrado más positivamente aún por medio de la inoculación directa de la sangre, de un individuo á otro.»

A lo cual contesto yo: Pues entonces queda probado con ese hecho irrefutable, que el mosquito *Stegomya fasciata* NO ES el único y exclusivo medio por el cual se transmite la fiebre amarilla de una persona á otra.

La Comisión confiesa de plano, y el Dr. Sternberg lo repite con énfasis, que ella *transmitió la enfermedad por un medio mecánico* (la inoculación de la sangre por medio de la inyección subcutánea con una jeringuilla hipodérmica) *y sin intervención del mosquito.* Esto es, que se efectuó directamente el contagio de la enfermedad sin el llamado «huésped intermediario» de que con tanta insistencia nos habla el Dr. Sternberg; y á mayor abundamiento, sin que hubiese transcurrido «el período de 12 á 17 días, ó más, que aparece ser necesario para el desarrollo del parásito productor de la enfermedad en el organismo del mosquito,» como lo manifiesta en su informe oficial la referida Comisión de cirujanos del ejército americano.[1] El contagio por medio de la jeringuilla hipodérmica se evidenció en el corto período de tres ó cuatro días.

Quedó, en consecuencia probado de un modo concluyente por la misma Comisión QUE NO *existe tal exclusivismo de transmisión de esa enfermedad por medio del mosquito* STEGOMYA FASCIATA. El contagio de la fiebre amarilla se efectuó fácilmente varias veces por medio de una simple aguja hipodérmica, y puede por consiguiente trasmitirse, en mi humilde opinión, de igual manera con un vacunador de cualquier clase. Y si esto es así, ¿por qué las chinches, y las pulgas, y las moscas, y los piojos y los jejenes no pueden también transmitir la fiebre amarilla?

(Continuará.)

1 Informe de la Comisión, leído en el Tercer Congreso Médico Pan-Americano, celebrado en la Habana del 4 al 7 de Febrero de 1901.

DIPSOMANIA.—TRES OBSERVACIONES

De una carta que nos dirige el apreciable Dr. Benjamín Méndez, de Dolores Hidalgo, tomamos los siguientes tres casos de aplicación del suero antialcohólico:

En la nobilísima campaña anti-alcohólica se nos presenta en la actualidad un medio para sostener la vacilante voluntad de los bebedores, de un porvenir brillante al parecer, que contribuirá en mucho, si su eficacia se confirma, á demoler el cáncer social ó *alcoholismo*. En nuestra querida Patria casi sólo de oídas se conoce este importante descubrimiento francés, que ya en la Estrella de las Antillas ha sido aplicado y dado á conocer por el eminente médico Enrique Acosta. Deseoso yo de comprobar los brillantes resultados que ha obtenido este señor, le pedí una pequeña cantidad para ensayarla; y aunque pocas son mis observaciones y distan mucho de las recogidas por el Dr. Acosta, debido quizá á motivos especiales, creo conveniente consignarlas en seguida:

Primera observación.—D. S. A., soltero, de 31 años de edad, con 14 de vicio muy arraigado; casi diariamente ingería fuertes cantidades de mezcal (un ébrio consuetudinario); últimamente, y hacía ya como tres años que se presentaban con frecuencia hematemesis y *delirium tremens;* evidentemente pasaba ya del período latente, siendo muy notable en este individuo un temblor semejante al senil. Con buena voluntad para salir de este estado miserable, se deja inyectar y en la noche de ese día duerme como hacía muchos años que no disfrutaba de ese descanso fisiológico. En los días subsecuentes va notando que el apetito viene con placer, pero como continúa frecuentando el trato de sus camaradas, los acompaña á tomar aunque no con tanto exceso como de ordinario. Después de la tercera inyección se me presenta para recibir la cuarta; pero con un eritema escarlatiniforme y furfuráceo en la mitad izquierda del abdomen, cerca del lugar de las inyecciones, teniendo también artropatías en las rodillas, fenómenos propios é insignificantes del suero. Este individuo es pusilánime, y con este motivo y el haber tenido una crisis gastro-intestinal con los excesos, se encerró y no volvió á tomar mezcal, y aun la cerveza que tomaba decía ya no la encontraba de buen gusto, por lo que luego la dejó por completo. Después, la circunstancia también de que la quinta y sexta inyección, sobre todo ésta, se inflamaron bastante produciendo un edema considerable que le impedía abrocharse el pantalón, y el haber continuado además la diarrea, lo retuvieron en la casa. En esos días tenía un aspecto alarmante por la palidez y enflaquecimiento y un estado mental marcado de divagación; venía por esto la idea de los morfinómanos cuando se curan: la tos tenaz, la diarrea biliosa, todo recordaba eso y me hacía pensar en el buen augurio de ellos. Fueron por fin desapareciendo estos síntomas, volviendo á recobrar el apetito, corrigiéndose la diarrea y confesando que no siente ya inclinación por el mezcal ni por la cerveza. A esta fecha son ya tres meses que no toma; se siente perfectamente y con la misma repugnancia por el alcohol. Creo que, auxiliándose con buena voluntad y delicadeza, seguirá regenerado.

Segunda observación.—Al mismo tiempo que el anterior, recibe las inyecciones V. L., soltero, de 27 años; desde los 20 adquiere el vicio, y á la fecha, poco se ha contado con él en el taller de carpintería. Hacía concebir muy buenas esperanzas después de la primera y segunda inyecciones, pues decía que no le llamaba la atención el tomar; pero sea que los amigos lo instigaran, ó que él por su cuenta buscase la bebida, fué necesario para la tercera, buscarlo y llevarlo casi beodo á la curación. Parece que él luchaba por vencer la repugnancia, lo cual fácilmente logró, y continúa tomando como siempre.

Tercera observación.—S. S. ,de 37 años, casado; se embriaga seguido, quiere curarse y le pongo cinco inyecciones. No volvió á tomar desde la primera, di-

ciendo que se moriría ó volvería loco si tomaba, y que no sentía deseos. A los cinco días después de la quinta inyección, el patrón de él, deseoso de ver los efectos, lo hace tomar una copa, ve que no la depone ni le hace asco y exclama: «¡este necesita otro piquete!...»; se va á la calle S. S. é interpreta el consejo á su favor, diciendo que «el piquete era otra copa,» embriagándose de tal modo que lo conducen á la cárcel. Pasa por la casa donde vive mi primer curado, y tambaleándose enmedio de dos gendarmes, les grita á los deudos de mi cliente que aquellos eran los efectos de la medicina! . . . . . terminando así lastimosamente aquel intento de curación de la dipsomanía.

Estos fracasos desde luego me imposibilitan en esta pequeña localidad para llevar adelante mis experimentos. No he podido conseguir oportunamente la obra de Sapelier y Dromard, sólo sé que en 1900 la estadística daba el 60 por 100 de curaciones; bien pudiera ser que mi mala suerte hubiera tropezado con casos fatales, y deseo vivamente que otros compañeros lo ensayen. Emito con temor la idea de que como el suero que yo apliqué es de la Habana, donde no hay mezcal ni aguardiente de maíz, pudiera ser acaso distinto el resultado. Mi primera observación es de una persona que al principio sus bebidas eran cognac, cerveza, ajenjo, etc., y hasta después que estaba muy prostituído y sin dinero, tomaba mezcal. En la segunda faltó la voluntad; pero también es evidente que los efectos que produjo el suero fueron en él muy medianos. En la tercera, de pura sugestión, fué un fracaso completo.

En fin, nuevos estudios resolverán este problema de tan gran trascendencia. En mi humilde concepto debía ya haberse planteado en México el Laboratorio para preparar el suero y poderlo obtener así á más bajo precio, para usarlo más ampliamente, y preparado con las bebidas que consume nuestro bajo pueblo. Así podría después modificarse la legislación, pues habiendo ya un recurso para combatir la dipsomanía, tendría que ser más rigurosa la justicia con los reincidentes.

DR. BENJAMÍN MÉNDEZ.

Dolores Hidalgo, Gto.

SECCION XVII.

TERAPEUTICA

LA COMPLEJIDAD FARMACOLOGICA EN LA PRESCRIPCION MEDICA

Conferencia pronunciada en el XIV Congreso Internacional de Medicina
por el DR. JOSÉ R. CARRACIDO,
Catedrático de Química Biológica en la Universidad de Madrid.

(CONTINÚA.)

II

Si el edificio químico de las materias protéicas organizadas, es inestable por la compleja estructura de sus moléculas, todavía lo es en mayor grado su estado físico, porque condiciones sumamente tenues, en algunos casos imperceptibles, bastan para determinar la coagulación acelerando la metamorfosis interna de los coloides consiguiente al proceso dinámico que, según Graham, los lleva del estado disuelto (hidrosol) al de coágulo (hidrogel).

La teoría cinética de los gases extendida á las disoluciones, conduce á suponer en las segundas las enormes cantidades de energía correspondientes á la velocidad con que se mueven las moléculas de las substancias disueltas en el seno de los disolventes. Son las disoluciones, por esta su constitución, campos energéticos en los que hay que considerar, no sólo la cantidad de energía, sino también la variedad de aspectos en que aquella se revela; y siendo la disolución la forma, puede decirse única, de administrar medicamentos, porque en los casos en que no se administran disueltos, habrán de disolverse después en los líquidos del organismo, exige el desarrollo de la tesis planteada un examen material y energético de las disoluciones, para poner de manifiesto el papel complejo que en el organismo desempeñan y su especial influjo sobre el estado coloide.

Las unidades disgregadas del cuerpo disuelto, son los agentes de la presión osmótica, como las moléculas de los gases moviéndose libremente en el espacio en que están contenidas, son los de la presión á que se refiere la ley de Mariotte, pero aquellas unidades no siempre son las moléculas.

Las magnitudes moleculares del azufre, medidas por el procedimiento crioscópico, varían según el medio en que aquel está disuelto, en las proporciones siguientes: en el protocloruro de azufre S^2, en el benceno S^6, y en la mezcla de benceno y sulfuro de carbono $S.^8$ La del ácido acético disuelto en el éter, es dupla de la evaluada en la disolución acuosa, y la del tanino disuelto en el agua, es aproximadamente décupla de la evaluada en disolución acética.

Patentizan estos datos que disolviendo azufre en protocloruro de azufre, ácido acético en agua y tanino en ácido acético, la disgregación llega al límite de las moléculas químicas; pero que en los demás casos las unidades contenidas en los disolventes tienen valores múltiplos del que á dicho límite corresponde, aunque no indefinidos, constituyendo en cada disolvente asociaciones moleculares que se muestran con todos los caracteres de la individualidad material. A las gigantescas asociaciones moleculares de los coloides de la materia viva, las denominó *micelas* Nägeli, y Posternak extiende el calificativo á las masas sólidas y á las disueltas en que la disgregación no llega hasta el límite de la molécula química, colocando las pseudodisoluciones de las materias albuminoideas, en el grado límite de la posible existencia de las disoluciones micerales.

Mas así como el estado micelar representa una insuficiencia del poder disgregante del disolvente, éste, en otros casos, es ejercido con exceso yendo más allá de la molécula, á la cual disocia hasta el límite de la *ionización*, y entonces coexisten en el líquido la energía cinética de las moléculas en movimiento, productora de la presión osmótica, y la carga eléctrica de los iones disociados por la cual son químicamente activos los cuerpos disueltos. La ionización ha explicado la antigua sentencia *corpora non agunt nisi soluta*, y al mismo tiempo ha revelado la complejidad físico-mecánica de las disoluciones. Micelas, moléculas é iones se mueven en el líquido chocando entre sí y con las paredes de los recipientes: sobre los iones cabalgan enormes cargas electro-estáticas, y entre los aniones y los cationes se producen en el disolvente, funcionando como el aislador en los condensadores, campos eléctricos capaces de modificar en alto grado las reacciones químicas que en su seno se efectúen. Los contrapuestos iones de las moléculas disociadas, con la capa del disolvente que los separa, constituyen una botella de Leyden; y por lógica extensión de este concepto, las disoluciones de los electrolitos representan una

batería, que no obstante ser del orden atómico la pequeñez de cada uno de sus elementos, lo inmenso de su número forma campos de elevado potencial, de cuyo fondo pletórico de energía surgen mansa y silenciosamente, pero con todo el poderío de la integración de los infinitamente pequeños, raudales de acciones transformadoras.

Las materias albuminoideas se disuelven ó se coagulan en sus disoluciones, según la concentración salina del disolvente, como lo demuestran las globulinas; y la toxicidad de los metales puede aumentar ó disminuir, no aumentando ó disminuyendo la cantidad de la sal disuelta, sino la de los iones, hasta el extremo de que Maillard, en sus experimentos con el *Penicillium glaucum* cultivado en disoluciones diluídas de sulfato de cobre, ha llegado á la conclusión, que el producto de multiplicar el peso de la cosecha por la concentración del líquido en iones puede considerarse *constante*.

En las disoluciones, cuanto más diluídas, menor es el número de moléculas neutras y mayor la proporción centesimal (no la absoluta) de los iones; y extremando la dilución, según experimentos de Nägeli y Cramer, confirmados por Devaux, y más recientemente por Deherain y Demoussy, aparece una nueva forma del efecto tóxico, es decir, un nuevo modo de obrar sobre la materia viva, atribuído á las supuestas propiedades denominadas *oligodinámicas*, las cuales, según la doctrina de la disociación electrolítica, lógicamente deben ser explicadas por la disociación ultra-atómica de los que podrían llamarse iones de primer grado, semejante á la de los gases elementales admitida por Berthelot, á temperaturas fijadas por el cálculo en 4000°. El azufre entre 480° y y 1080° se va disgregando desde S^6 hasta S^2, y á temperaturas muy superiores al expresado límite se efectúa la disociación ultramolecular, de la misma manera que la asociación plurimolecular del ácido acético, contenida en la disolución clorofórmica concentrada, se va disgregando hasta convertirse en la sencillamente molecular á medida que la disolución se diluye; y si á las temperaturas elevadísimas á que antes se ha hecho referencia, se supone una disociación ultra-atómica, es lógico suponer por analogía en las disoluciones del orden casi infinitesimal, una ultra-ionización productora de campos muy ricos en energía, ya por la mayor libertad de movimientos como en los tubos de Crookes respecto á los de Geissler, en los que las presiones del gas que contienen representan una millonésima y una milésima de atmósfera respectivamente, ya también por un aumento proporcional de la carga eléctrica.

Como consecuencia obligada del desarrollo de estas ideas, ha llegado hoy la Electroquímica al concepto de los *electrones*, imaginados como corpúsculos más pequeños que el átomo, portadores en relación solidaria con el éter de la cantidad elemental de electricidad, tan pequeños que, según medidas de Lord Kelvin, la masa del electrón negativo libre es próximamente la milésima parte de la del átomo de hidrógeno, representando su asociación una especie de astronomía atómica, en la cual substituye á la antigua simplicidad del átomo químico una complejidad comparable á la del sistema solar.

Disoluciones diluídas muy complejas, en las cuales coexisten cristaloides y coloides, son los líquidos del organismo que constituyen el medio en que se desenvuelve la vida celular, conservando las materias protéicas el equilibrio inestable correspondiente á las pseudo-disoluciones coloideas, y en forma idéntica se administra hoy gran número de medicamentos, resaltando entre éstos, por lo enérgico de su acción, los metales coloides preparados en medio complejo, según recetas semejantes á las de la antigua polifarmacia, interviniendo

substancias reductoras y otras al parecer innecesarias, pero cuyo papel debe ser dar iones que, con su carga eléctrica, sostengan en el líquido el metal al estado de hidrosol, y simultáneamente desarrollen la energía con que se revelan en su modo de obrar las disoluciones coloides de los metales.

Si de la igualdad de los efectos debe inferirse la de la causa, es indudable que los cuerpos empleados en preparar metales coloides deben influir, produciendo un campo eléctrico de alto potencial, porque el arco voltáico entre puntas metálicas sumergidas en el agua destilada, origina la disolución coloide de la materia de aquellas, dotándola de la misma poderosa actividad de las zimasas, que en pequeñísimas cantidades transforman pesos relativamente enormes de los cuerpos fermentables.

La disolución del colargol ó plata coloide, es precipitada por el cloruro sódico, como la plata ionizada; pero en presencia de una pequeña cantidad de albúmina deja de serlo, pudiendo así emplearse en inyección intravenosa sin que forme coágulo en el líquido sanguíneo, y esta variedad de fenómenos es un testimonio más de la forma compleja en que deben ser administrados los agentes medicinales para que actúen sobre el organismo con la acción que les es propia, y adaptándose al mismo tiempo á las condiciones naturales de la materia viva. Variedad de manifestaciones energéticas y complejidad material constituyen el fondo físico-químico, del cual emergen los fenómenos fisiológicos, y análogo á dicho fondo debe ser la substancia que á él va á incorporarse, como lo son los alimentos respecto á las substancias componentes del organismo.

Si artificios como el líquido Fehling y los reactivos de los albuminoides, son necesarios para producir en su justa medida determinadas transformaciones de substancias muertas, ¿cuáles habrán de necesitarse para que el equilibrio móvil de los complejos químicos y micelares de la materia viva sea modificado sin ser destruído?

El restablecimiento de las relaciones normales de los componentes del mecanismo de la organización sólo podrá conseguirse mediante artificios terapéuticos en que la base del medicamento, como la cuchilla del microtomo ó el oxígeno que ha de convertir en alcohol al étano, sea ayudada por mecanismos accesorios que le den mayor finura y precisión en sus efectos.

(Concluirá.)

ARTRITISMO.—HERPETISMO

BREVES NOTAS.

Aunque algunas veces ya nos hemos ocupado de señalar en nuestras notas terapéuticas mensuales las bases admitidas en la actualidad como las más justificadas para el tratamiento de esta diátesis, volvemos hoy á ocuparnos de lo mismo, por haber hallado, al revisar la prensa médica extranjera, un artículo del Dr. Pigeaud, que por algunas oportunas consideraciones juzgamos interesante y merecedor de un rápido análisis.

Comienza el escritor asentando que, así como todos aquellos en quienes la nutrición es torpe y languideciente pueden engendrar epilépticos lo mismo que los histéricos y degenerados, es de suponer que es una neurosis el artritismo, puesto que puede engendrarlas y las engendra en realidad.

El Dr. Lancereaux, para quien la celdilla nerviosa es la primera que se afecta y funcionando mal determina la diátesis, es el artritismo una simple neurosis, como también lo cree Pigeaud y en verdad es de presumirse, siendo los artríticos primero nerviosos y en seguida dispépticos. Esta dispepsia es para Albert Robin y Ch. Bouchard la perturbación primitiva apreciable en los cambios intracelulares, y el Profesor Hayem, concordando estas teorías, le considera como una «trofo-neurosis.»

El autor examina en seguida las manifestaciones del herpetismo, que según el Dr. Lancereaux no sólo abraza las manifestaciones así clasificadas desde tiempo atras como el eczema, la psoriasis, el liquen y el zona, sino también á la diabetes, los reumatismos, la gota y aun las varices, siendo el herpetismo una forma de artritismo reservada á las enfermedades cutáneas no microbianas.

Para puntualizar el estrecho parentezco que existe entre el herpetismo y ciertas enfermedades cutáneas, así como entre el reumatismo articular agudo microbiano y las afecciones de la piel microbianas también, refiere el Dr. Pigeaud lo siguiente, que por su brevedad reproducimos: «Hace tiempo, en 1891, fuí víctima de una enfermedad muy curiosa que puede servir de *trait-d'union* entre el artritismo y el herpetismo. Fué el eritema nudoso de forma reumatismal que tuve sobre los brazos y las piernas, en los codos y rodillas, con unas grandes manchas hemorrágicas y tan grandes como la palma de la mano y que sólo desaparecían de un punto para aparecer en otro cualquiera. Tuve calentura, dolores articulares, y esas manchas hemorrágicas antes de desaparecer, presentaron las diversas coloraciones que presentan las equimosis que sobrevienen después de una contusión. Esta enfermeded me duró dos meses y tuve una recaída de diez días, experimentando dolores articulares desde el momento en que intentaba andar. Según el uso y la moda de la época, fuí tratado por numerosas obleas de *Salol* que no lograron obtener la antisepsia y asepsia del intestino, pero que en cambio me ocasionaron una rebelde y tenaz constipación. Si entonces hubiese yo conocido el que considero como maravilloso medicamento, el *Sulfhidral* ó Sulfuro de Calcium puro, es seguro que le hubiera empleado realizando con él una antisepsia más eficaz de mi organismo. El eritema nudoso es, pues, una enfermedad que puede servir de eslabón entre las enfermedades cutáneas debidas á una intoxicación y el reumatismo articular agudo ó fiebre reumatismal. Debo hacer constar que la fiebre que tuve no pudo ser dominada por la antipirina cuyo uso comenzaba á estar en boga, pues esta antipirina sólo servía probablemente á estrechar los vasos de mi filtro renal, impidiendo así la eliminación de las toxinas que me perjudicaban. De esta enfermedad y su tratamiento me resultó una anemia tenaz y un ligero estrechamiento mitral.»

Pigeaud recomienda en seguida, por las razones que realzan el mérito y atinada elección de sus componentes, la asociación conocida con el nombre de Gránulos anti-herpéticos de Ch. Chanteaud, que se componen de:

Arseniato de estricnina	½ miligramo.
Veratrina	½ »
Acido arsenioso	½ »

Asienta en seguida que una de las manifestaciones principales del herpetismo es el reumatismo propiamente dicho, pues en la actualidad el reumatismo abraza varios grupos que no tienen ciertamente de común más que el nom-

bre, citando la fiebre reumatismal, las artritis blenorrágicas, las sifilíticas, las tuberculosas, es decir, infecciones microbianas.

Formando una gran clase del artritismo, señala el reumatismo articular crónico simple, el reumatismo nudoso ó gotoso y el reumatismo crónico fibroso. En otra gran división clasifica la gota, la gravela, los cólicos hepáticos ó litiasis biliar y aun las varices. Estas enfermedades bien estudiadas por Lancereaux tienen un parentezco que ese distinguido clínico ha demostrado hasta la evidencia.

Los enfermos de este género son, como ya se dijo, aquellos cuya nutrición es defectuosa, y sea que se considere el artritismo como engendrado por el agotamiento de las celdillas nerviosas tróficas, sea que éstas sean lesionadas por las perturbaciones consiguientes á una nutrición imperfecta, es preciso en todo caso auxiliarlas por medio de una terapéutica apropiada.

El Dr. Pigeaud refiere en seguida que últimamente pudo comprobar la concordancia de ideas del distinguido Profesor Lancereaux, con las suyas, al estudiar á un individuo enfermo de gravela, y al cual recomendaba el conocido clínico un régimen esencialmente tónico y reparador, una alimentación apropiada, duchas frías aunque cortas, lociones también frías, aromáticas, y siempre la estricnina antes de las comidas. Este es, hace notar Pigeaud, el método que él recomienda para combatir la histeria, con el objeto de despertar su sensibilidad, aunque por medios moderadamente enérgicos para no agotar el terreno. Para ello recomienda el sulfato ó arseniato de estricnina y el hipofosfito de sosa, como incitantes vitales, la vida al aire libre, las mencionadas duchas y lociones frías y la electricidad estática.

También por lo racional y científico de su asociación, preconiza los grá nulos de Ch. Chanteaud compuestos de: Colchicina, 1 miligramo; y Aconitina, Digitalina y Arseniato de Estricnina, á la dosis de medio miligramo, para obrar sobre el elemento diatésico, haciendo descender la temperatura y descongestionando los centros nerviosos, auxiliando las fuerzas orgánicas.

El autor termina su nota terapéutica recomendando el *Ureol*, asociación de sales de Litina y Sosa y de Urotropina, que obra eficazmente sobre el ácido úrico ayudando por su eliminación al tratamiento natural ya indicado del herpetismo y del artritismo, afecciones tan esparcidas en la época moderna.

* * *

Poco hay que agregar al tratamiento interno preconizado por Pigeaud en lo general; y sólo se nos ocurre añadir que son agentes de una utilidad indiscutible también en estos casos al yoduro de potasio y la colchicina, que en los casos crónicos sobre todo hemos aplicado siempre con éxito á la pequeña dosis de 2 á 4 gránulos al día, en vez de la tintura de cólchico usada antes.

Pero aprovechando la ocasión creemos oportuno agregar algunas líneas sobre el tratamiento externo del reumatismo crónico que auxilia á menudo favorablemente el tratamiento de la diátesis, conjurando hasta donde es posible las manifestaciones agudas, entretanto se restablece por medicación é higiene adecuadas el funcionamiento normal del organismo y se despiertan las funciones de la nutrición especialmente comprometidas.

La Balneoterapia en este caso presta reales y valiosos servicios, como lo han comprendido todos los clínicos, y no creemos ser inoportunos resumiendo en pocas líneas y reducido espacio las indicaciones y clasificación de ellos, tal como la hacen H. Lenhartz y W. von Heineke, en la parte especial destinada

á este asunto en la monumental obra de Terapéutica alemana, de los Dres. Penzoldt y Stintzing, en 7 volúmenes y formada con el concurso de más de 70 Profesores de las Universidades Alemanas, Austriacas, Italianas y Suizas, obra que á nuestro juicio es la más completa en la actualidad sobre la materia.

Baños de agua sencillos.—Su temperatura en general es de treinta y cinco á treinta y ocho grados centígrados: su duración de 10 á 30 minutos. En seguida el enfermo debe volver á la cama y beber algo caliente. La acción benéfica del baño se aumenta considerablemente añadiéndole de seis á diez libras de sal común. Al mismo tiempo debe de prescribirse el masage.

Baños de vapor y baños irlandeses-romanos. Estos baños fácilmente se pueden administrar en la misma habitación del enfermo, pues en la actualidad se encuentran en el mercado los aparatos de tela impermeable ó hule necesarios para ministrarlos. También debe comenzarse por una duración de 10 á 15 minutos, aumentándola progresivamente. Estos baños seguidos de una frotación enérgica con cepillo y jabón excitan la actividad cutánea y la nutrición. Por lo común el calor se tolera mejor que el vapor húmedo. A la salida del baño, frotación y masage y con mucha precaución duchas frías. Una vez á la semana y dos á lo sumo.

Baños minerales.—En apuntes como los presentes no es posible mencionar siquiera todos los establecimientos balnearios, y mucho menos puntualizar sus diferencias. Naturalmente según sea la temperatura y la calidad de las aguas varían las indicaciones, la duración y requisitos de cada uno. Hay baños salinos termales, en que el ácido gas carbónico desempeña un gran papel, excitando poderosamente la piel. Los baños de pantano y de lodo han sido aplicados con éxito notable, tanto en los casos de reumatismo agudo como en los crónicos. Cuando el baño contiene á la vez cieno y barro, su eficacia aumenta mucho y más aún si son ferruginosos. También pueden tomarse á domicilio.

Los baños de barro sulfurosos como los de Nenndorf, también son de recomendarse, aunque á los reumáticos con desórdenes cardíacos ó con esclerosis arterial no les son propicios.

Se han aplicado también los baños de arena en los cuales el enfermo se recuesta sobre una capa de arena caliente de quince centímetros, y evitando el contacto directo de aquella con el cuerpo por medio de una sábana fina, se le cubre parte ó todo el cuerpo con la finísima arena caliente. Se han aplicado asimismo los baños de hojas de pino silvestre y de pino común á una temperatura de 28° á 35°, siendo debida su acción á que los aceites etéreos y el ácido fórmico que contienen excitan la piel. Estos baños también pueden darse á domicilio.

En el reumatismo articular crónico se emplea con éxito el agua fría, frotando las partes enfermas con un cepillo suave al aplicar la ducha. Por lo común los dolores articulares disminuyen considerablemente.

Las duchas escocesas que consisten en dirigir alternativamente una ducha caliente y una fría, son recomendadas para favorecer la absorción de los exudados.

En México, en que las estaciones balnearias medicinales no son numerosas, la balneoterapia en toda su amplitud no presta todos los servicios que proporciona en Europa, pero tenemos la convicción de que á medida que las vías de comunicación se multipliquen, atravesando las fértiles regiones de nuestro país, podrán nuestros manantiales competir ventajosamente con los de allende el mar.

DR. E. L. ABOGADO.

TERAPEUTICA DE LA NEURALGIA Y DOLORES EN CINTURA

La eficacia de las tabletas de Antikamnia, fuera ya de duda, ha sido confirmada por el caso de una enfermera que después de haber padecido de una neuralgia y usado para combatirla de distintos medicamentos, logró dominarla con el auxilio de dichas tabletas.

En los casos en que los dolores reconocen por causa una enfermedad de la médula espinal, también se obtiene el alivio de los dolores llamados «en cintura» que caracterizan estas dolencias. Cítase en confirmación de ello el caso de una mujer afectada de mielitis transversa con completa paraplegia, cuyos dolores pudieron disminuir y hacerse tolerables únicamente con 2 ó 3 tabletas tomadas en el espacio de 24 horas. Asimismo refiérese otro caso en el cual existía el entorpecimiento y parestesia de las extremidades inferiores y en el que se encontró sumamente benéfico el empleo de las tabletas de Antikamnia asociadas naturalmente al uso del tratamiento clásico por el yoduro de potasio. La observación de este caso abraza un período de 18 meses.

SECCION XXVIII.

REVISTA DE LA PRENSA MEDICA EXTRANJERA

Sr. Dr. D. E. L. Abogado.—Presente.—Ciudad, Agosto 15 de 1905.

Apreciable compañero y amigo:

Demasiado honor ha sido para mí, el que vd. me haya comisionado para que haga, en compañía del Sr. Dr. Calvillo, una reseña de las publicaciones médicas de la América del Sur, que vd. recibe como canje de su ilustrado periódico «La Crónica Médica Mexicana,» fundado por vd., y que tan alta y distinguidamente dirige hoy, para publicarla en ella, en bien del Cuerpo Médico Mexicano.

Tarea ardua, como vd. comprenderá, es para mi humilde pluma, lo que vd. tan bondadosamente me encarga, pues nunca he escrito nada, ni para nadie; carezco de las dotes que se requieren para poder sintetizar, en pocos renglones, artículos de tanta erudición, hechos clínicos tan bien detallados y entidades morbosas tan bien descritas, que traslucen personalidades de alta talla científica, Maestros en el arte de curar y hombres que se dedican con todo el vigor de su vasta inteligencia y con toda el alma, á la difícil y penosa carrera de aliviar el dolor y de arrancar á la Naturaleza los secretos de la conservación de la salud.

La «Crónica Médica Mexicana,» su «hija predilecta,» pues así debe vd. llamarla, respetable compañero, es sin ambajes, el porta-estandarte de la medicina nacional; en ella aparecen, con especialidad, artículos escritos por todos los médicos mexicanos de todos los Estados de la República; es la primera en ensalzar algún trabajo, que de hecho lo merezca, escrito por algún médico mexicano, y la primera también en derramar sobre su tumba el bálsamo de la gratitud, «noble aspiración,» que amengua el dolor y lo hace más llevadero,

cuando algún compañero murió en el cumplimiento de su deber ó agobiado por una vida asaz ruda y llena de trabajos y vicisitudes profesionales.

Por eso, como digo al principio, me honro sobremanera al haber sido comisionado por vd. para tal objeto, y sólo me alienta, por una parte, el deseo de estudiar y de aprender; y por otra, el de ser útil á un amigo á quien venero y respeto, por su abnegación y por su celo de apóstol, en bien de la literatura médica nacional; apóstol á quien debemos todos los médicos mexicanos la mayor gratitud y nos sentimos orgullosos al ser distinguidos por su amistad. Y sírvame este mal pergeñado exordio de preámbulo, para entrar en materia.

***

«*Semana Médica*» *de Buenos Aires, núm. 16, Abril 20 de 1905.*—**Toxicología.** —Dr. L. R. Cosinelli, Médico Interno de H. San Roque.—*Un caso curioso de envenenamiento por ingestión voluntaria de una gran cantidad de bicloruro de mercurio y su curación.* Se trata de una niña de 15 años, bien constituida, sin antecedentes patológicos (?); es llamado urgentemente para atenderla, y la encuentra los siguientes síntomas, pues la enferma no habla ó no quiere hacerlo: dolores á la presión en la fosa ilíaca izquierda, náuseas, vómitos, lengua seca de aspecto tifoideo, amígdalas enrojecidas congestionadas, dolorosas, sensiblemente dolorosa también la región epigástrica, soplos cardio-anémicos, pulso 120 por minuto, sed intensa y diarrea muy fétida; prescribe: bismuto, opio, naftol y dieta láctea, retirándose para volver al día siguiente, en las primeras horas, en que encuentra á la enferma con vómitos sanguíneos y diarrea sanguinolenta y ataques epileptiformes; alarmada la familia pide en consulta á otro colega; verificada ésta, diagnostican enfermedad Weslof. Pasan 18 días en que la paciente se debate entre la vida y la muerte, y hace el décimonono día la siguiente confesión: «Doctores, de todas maneras yo me voy á morir; les pido perdón, pues yo he tomado un pedazo de sublimado corrosivo del que papá tiene en un frasco de la biblioteca.» Esta enferma presentó, además, hipertrofia del hígado y del bazo; se le examinaron sus orinas, dando un resultado negativo. Veinticinco días después del principio de su enfermedad, la enfermita, ya casi buena, escribe al doctor la siguiente relación, que aquí transcribo para mayores comentarios; es una pieza de medicina legal, de grande figura en una novela romántica, pues dice así: «El día 2 de Enero me levanté alegre y contenta como los demás días, á las 7 y media tomé mi te con leche, hice luego mis quehaceres habituales; y á las 10 me fuí al aserradero; habiendo tardado un poco, pues volví á las 11 y media, mi mamá me amonestó, no quise comer por tal motivo, me fuí á la cocina, donde después de arreglar todo me decidí á matarme; había en la cocina un cuchillo muy afilado y pensé cortarme las venas del brazo pero me dije: que si me las cortaba, éstas se cerrarían solas, mientras que si me cortaba una arteria, estaba segura de morirme, pues yo quería morir á toda costa; me fuí á una pieza de arriba decidida á hacerlo, me encerré para estar á obscuras, pues me horrorizaba la salida de la sangre, ¿pero cómo encontrar la arteria? se necesitaría una carnicería, y yo quería morir sin sufrir. Cuando concluí de esta argumentación, me fuí á la biblioteca y tomé un frasquito que contenía *sublimado corrosivo*. Saqué un polvito, lo diluí en un poco de agua y probé con la punta de la lengua; me pareció feo y lo dejé, tomé para quitarme el feo sabor una copita de Chartreuse. Fuí al lavatorio donde había quedado un poco de láudano, con la idea de tomarlo, le tomé el

olor y me pareció feo. Volví á la biblioteca y tomé del frasco del sublimado un trozo de regular tamaño; para no sentirle el gusto lo envolví en un pedazo de papel de la prensa por no tener de seda. Como no lo podía pasar, llené mi boca de agua con pippermint, pues quería morir contenta. Luego me senté en una silla *esperando la muerte;* pero como tardara en llegar, me puse á comer pan francés con un trozo de queso; al rato me levanté más tranquila, sin acordarme de lo que había tomado. A las cuatro tomé una taza de te (medio litro) y me puse á escribir. Después de una hora me sentí con la saliva acuosa y con deseos de vomitar; me fuí á un lugar apartado, en donde empecé á echar una agua verde que me picaba la garganta; me puse más mala, me dieron vértigos, mandé llamar á mi mamá, la que me dió manzanilla que vomité en seguida; toda la noche estuve fuera de mis sentidos, con una sed abrasadora, pues me llegué á tomar un sifón de agua gaseosa; después no sé cuando vino vd.—M. D.—*Argentina, 15 años.*»

Como vd. ve, caso más curioso, en que con toda seguridad la sagacidad clínica del médico de cabecera, hizo sin antecedentes patogénicos la curación de la enfermita, y demuestra cuán fácil es equivocarse en el origen de cualquier trastorno en nuestra salud. La enfermita, por lo que escribe, es sin duda alguna una neurótica en temprana edad, hija con toda seguridad de padres con estigmas psico-patológicos, tal vez dipsómanos, con vicios de la struggle for life, cocaína, morfina, etc. Ella podría modificar por la higiene su temperamento, sus inclinaciones, hacerse resistente á los embates de la vida, despreciar los contratiempos sociales, y mañana, pues me supongo pertenece á la sociedad distinguida de Buenos Aires, concebirá, cuando cambie de estado, hijos degenerados que vayan á hacer la deshonra de su familia y una carga pesada para la sociedad en que vivan.

DR. E. DEL BOSQUE.

(Continuará).

SECCION XXX.

BIBLIOGRAFIA

Las cardiopatias arteriales y la cura de Evian, por el DR. P. BERGOUIGNAN, antiguo interno en medicina de los Hospitales de París. Un vol. in-8º cuadrado, de 160 páginas. París. 2, Rue Casimir-Delavigne, 2.—G. Steinheil, Editor. Precio: 3 frs. 50.

En este trabajo el estudio de terapéutica hidro-mineral ha servido de pretexto á un trabajo científico. El Dr. Bergouignan, antes de exponer sus interesantes observaciones recogidas personalmente en Evian, en numerosos cardio-arteriales, hace un estudio preciso y documentado de las cardiopatías arteriales, fijando esta difícil cuestión con precisión.

Resume primero los trabajos y la doctrina de su maestro el Dr. Huchard, y en seguida estudia varios puntos de una actualidad real: las causas de la hipertensión arterial, de la retención clorurada y en fin de la función renal de los arterio-esclerosos, demostrando la intoxicación desde el origen de la enfermedad y la aparición de los primeros síntomas.

El tratamiento renal, es decir, anti-tóxico y eliminador, es por eso el único tratamiento eficaz. El autor, que ya ha tratado ese punto en su tesis (París,

1902), insiste ahora muy particularmente en el uso de las curas hidro-minerales diuréticas en el tratamiento de las cardiopatías arteriales.

La cura de Evian produce sobre el organismo sano una deshidratación temporal y temporal aceleración de la eliminación de la úrea, del ácido úrico y de los cloruros. En los cardio-arteriales regulariza la diuresis y la eliminación de los componentes sólidos urinarios, pero sobre todo puede producir descloruraciones acentuadas acompañándose ó no de diminución de peso. Coincide en fin con la diminución progresiva y con frecuencia sostenida de la hipertensión arterial y de los signos físicos y funcionales. Todas estas conclusiones se apoyan sobre observaciones numerosas, originales y muy instructivas.

DR. E. L. ABOGADO.

NECROLOGIA

EL SR. DR. ANGEL CONTRERAS.

En el número anterior, al dar cuenta á nuestros lectores de la sensible desaparición de nuestro bien querido amigo y compañero el Sr. Dr. D. Angel Contreras, prometimos recoger algunos datos para dejar consignada la labor profesional de nuestro malogrado amigo.

No son abundantes las noticias que hemos recogido, y tanto por esta causa como por la escasez de espacio de que disponemos, seremos en esta vez más lacónicos, tomando algunas líneas del artículo publicado en *El Tiempo*.

El Dr. Contreras nació el 11 de Junio de 1847, siendo sus padres el Sr. D. José María Contreras y la Sra. Luz Alcocer. Hizo sus primeros estudios en el Instituto Hispano-Americano dirigido por el Sr. Profesor D. José Saturnino Yarza.

En la familia Contreras fué un rasgo distintivo la dedicación al estudio y la notable inteligencia de sus miembros, pues todos en México recordamos el lugar distinguidísimo que asimismo ocupó el Sr. Ingeniero de Minas D. Manuel M. Contreras, cuyo reciente fallecimiento deplora aún la sociedad.

El futuro Dr. Contreras continuó sus estudios en la Escuela Preparatoria y en Enero de 1865 ingresó á la Escuela N. de Medicina, habiendo obtenido su título en Enero de 1870 por la unanimidad de votos de los miembros que formaban los severos jurados de esa Escuela. El asunto de la Tesis presentada en aquel acto, y que, con cariñosa dedicatoria conservamos todavía, se intitula «Diagnóstico de las Enfermedades del pulmón.» Una de éstas, preferentemente estudiada por él, fué la destinada á finalizar su existencia, como también el Dr. Mikulicz que en Alemania acaba de desaparecer, fué víctima de un cáncer de estómago, habiendo sido él una de las grandes notabilidades modernas que más han trabajado en el estudio de esa enfermedad.

Fué interno de la casa de Maternidad é Infancia de esta Capital: miembro de la Sociedad Filoiátrica, publicando en el órgano de ella, *El Porvenir*, varios trabajos de indiscutible mérito

En Julio de 1870 se trasladó á Pachuca, radicándose allí con notabilísimo éxito, siendo nombrado el médico de distintas negociaciones mineras y Haciendas de beneficio. Allí mismo, dos años después, el 18 de Julio de 1872, casó con la estimable y distinguida Srita. Adela Velasco, que fué su amantísima compañera por cerca de 33 años y que hoy ve amargada su existencia

por la eterna separación del cariñoso ser que compartió con ella todas sus dichas y amarguras.

Diez y ocho años permaneció en Pachuca yendo en seguida, en 1888, á radicarse á Puebla en donde tuvo una cariñosa acogida como médico y como caballero. Fué desde 1889 nombrado Profesor de Histología y Patología, y en 1890 Profesor de Clínica Externa en la Escuela de Medicina, desempeñando esos cargos hasta su muerte. Asistió á distintos Congresos Médicos, presentando en todos ellos trabajos notables, publicando á la vez y con especialidad en la CRÓNICA MÉDICA MEXICANA, de la que fué Jefe de Redacción desde el principio, otros muchos y eruditos trabajos, cuya lista insertamos en seguida.

Nuestro más cariñoso homenaje á la memoria de nuestro inteligente compañero é inolvidable amigo.

NOTA.—En el próximo número insertaremos la lista de los trabajos del Sr. Dr. Contreras.

DR. E. L. ABOGADO.

NOTAS.

ASEO E HIDROTERAPIA.—NUEVOS BAÑOS.

Siendo un hecho indiscutible el que la primera condición para la conservación de la buena salud es el hábito de la limpieza, siendo ésta la más robusta base de la Higiene tanto pública como privada, vemos siempre con singular beneplácito todo progreso en esta Capital que signifique un nuevo impulso hacia ese noble fin. Y por más que el establecimiento de los baños obedezca en lo general á un pensamiento financiero, es decir, á la inversión en ellos de un capital que debe producir un rédito mayor ó menor, según el prestigio que logre adquirir el establecimiento balneario, siempre constituye un nuevo factor para el mejoramiento de la Higiene, la inauguración y el sostenimiento de este género de negociaciones. Y esto es sin duda más indiscutible cuando en ellos se procuran acatar todos los preceptos de la ciencia, que es en verdad exigente y severa aun para los detalles que al parecer son de poca significación.

Por ese motivo, por haber encontrado acatadas con nimia escrupulosidad las condiciones higiénicas debidas, es por lo que mencionamos en nuestras páginas los baños recientemente inaugurados en la Calle de Victoria, propiedad, según tenemos entendido, del Sr. F. Martel. Allí seduce desde luego la irreprochable limpieza que soberanamente reina en todo el establecimiento y la observación hecha á cada parroquiano en un letrero fijo en cada celda ó departamento: «Exija vd. al criado la desinfección de la tina,» manifiesta el empeño de ofrecer al público que allí concurre todas las seguridades y beneficios que se esperan y deben exigirse á los balnearios públicos.

Auguramos al nuevo establecimiento un éxito merecido, tan luego como sean conocidas sus buenas condiciones, su buen servicio y su elegante confort.

SUMARIO.

SECCIÓN V.—Caquexia palúdica, por el Dr. Jesús T. Larios, de Guadalajara. (Concluye.)—Idiosincrasias antiquínicas, por el Dr. J. F. Romero, de Manzanillo.—La falacia del mosquito en la fiebre amarilla, por el Dr. Agustín M. Fernández de Ibarra, residente en Nueva York. (Continuará.)—Dipsomanía. Tres observaciones, por el Dr. Benjamín Méndez, de Dolores Hidalgo, Gto.—SECCIÓN XVII.—*Terapéutica.* La complejidad farmacológica en la prescripción médica, por el Dr. José R. Carracido. (Continúa.)—Artritismo. Herpetismo, por el Dr. E. L. Abogado.—Terapéutica de la neuralgia y dolores en cintura.—SECCIÓN XXVIII.—Revista de la Prensa Médica Extranjera, por el Dr. E. del Bosque. (Continuará.)—SECCIÓN XXX.—BIBLIOGRAFÍA.—NECROLOGÍA.—NOTAS.

Tomo VIII. México, Octubre 1º de 1905. Núm. 10.

CRONICA MEDICA MEXICANA

REVISTA DE MEDICINA, CIRUGIA Y TERAPEUTICA

(ESPECIALMENTE ALCALOIDOTERAPIA Y SEROTERAPIA)

—Y—

ORGANO DEL CUERPO MEDICO MEXICANO.

DIRECTOR PROPIETARIO

DR. ENRIQUE L. ABOGADO,

Miembro correspondiente de la «Societé Obstétricale de France, París» y honorario de la «Societé de Thérapeutique Dosimétrique de París.

JEFES DE REDACCION:

Dr. Duque de Estrada, Juan.—Profesor adjunto de Obstetricia de la E. N. de Med.

Dr. Godoy Alvarez Manuel.—Cirujano del Hospital General.

Dr. Mejía, Demetrio.—Profesor de Clínica Interna (3er. año) de la E. N. de Med.

Dr. Suarez Gamboa, Ricardo.—Cirujano del Hospital *Morelos*.

Dr. Vasquez Gomez, Francisco.—Profesor de Patología Externa de la E. N. de Med.

Dr. Zarraga, Fernando.—Profesor adjunto de Obstetricia de la E. N. de Med.

Sres. Dres. Manuel Carmona y Ramon Reynoso.—Sección de Medicina y Cirugía Dental.

Prof. Juan B. Calderon.—Preparador de Farmacia é Hist. de Drogas de la E. N. de Med.

Prof. Jose de la L. Gomez.—Sección de Medicina Veterinaria.

SECCION V.

CONTRIBUCION A LA PATOLOGIA DE LA ANEMIA

POR EL DR. JOSEPH FERRUA.

Antiguo Médico de la Marina.—Profesor libre de Patologia General en Londres

ESCRITO PARA LA «CRÓNICA MÉDICA MEXICANA.»

La doctrina patogénica de la Anemia ha sufrido en estos últimos tiempos modificaciones profundas. Lo que antes se consideraba como un empobrecimiento de la sangre, debido á la miseria fisiológica, á las malas condiciones higiénicas, á la privación de aire y de luz, á la insuficiencia de la reparación, á las hemorragias, á la malaria, á la sífilis, á los póstumos restos de las enfermedades infecciosas, á las infecciones constitucionales debilitantes, debe en la actualidad hacerse ingresar en el cuadro nosológico de las enfermedades de la sangre. No se trata ya únicamente de una pérdida numérica, de una disminución en la cifra normal de sus elementos constitutivos, sino de una alteración morfológica, de un cambio que se ha operado en sus funciones y sus propiedades químicas, bajo la acción de causas cuya investigación nada agrega á los datos positivos del análisis del plasma sanguíneo.

Las variaciones presentadas por la hemoglobina en la sangre del individuo sano y del individuo anémico, bastan aún perfectamente para caracterizar con precisión la enfermedad. Más que el número de hemacias es la tara de la hemoglobina lo que hay que tomar en consideración. Los cambios histológicos en la celdilla sanguínea, son los que dominan la evolución de esta entidad morbosa, tan desconocida hasta aquí, que no hace mucho tiempo se creía curarla por medio del fierro, de los tónicos y de una alimentación substanciosa. Este tratamiento era el mismo para todos... Error excusable por la ignoran-

cia en que la Medicina se encontraba respecto de las alteraciones cualitativas y cuantitativas que sufre la sangre en sus elementos, sea como lesión primitiva y esencial ó sea como lesión secundaria consecutiva á otras enfermedades precedentes.

Bajo el punto de vista clínico, las anemias secundarias son infinitamente más numerosas que las anemias esenciales.

El número medio de las hemacias es de 5 000,000 por mm^3 en el hombre y de 4.500,000 en la mujer. Los hombres y las mujeres de las diferentes razas no presentan el mismo número de hemacias; la cifra más elevada es de la raza caucásica ó blanca.

Una sustracción rápida de los líquidos orgánicos de la circulación, condensando el plasma sanguíneo, hace aparecer más considerable el número de los glóbulos rojos, habiéndoseles encontrado casi duplicados (Policitemia).

Este es el caso de las diarreas serosas colicuativas de curso rápido y el de los sudores morbosos ó provocados con un objeto terapéutico.

Todo lo contrario sucede en los casos de traumatismo ó hemorragias. Pero la destrucción de las hemacias parece acarrear mayor gravedad en los casos de intoxicación crónica (arsénico, plomo, fósforo) y de parasitismo endoglobular de origen vegetal ó animal. Las hemorragias y los traumatismos limitan sus efectos á la pérdida de una cantidad mayor ó menor de glóbulos rojos, mientras que los factores patológicos propiamente dichos, debilitan su resistencia y perturban de una manera directa el mecanismo bioquímico de su reproducción.

Stierlin eleva la media de las hemacias en el hombre á 5.752,000 y en la mujer á 4.994,000. Nosotros hemos encontrado en individuos sanos y bien constituídos de ambos sexos y de diferentes nacionalidades, un máximum de... 5.425,000 en el hombre y de 4.350,000 en la mujer.

Pero en estos cálculos jamás podrán los experimentadores llegar á resultados concordantes. Es necesario, desde luego, para cada pueblo y en seguida para cada región, fijarse en las diferencias señaladas por la observación comparativa, entre la llanura y la montaña, entre los países marítimos y las comarcas mediterráneas, entre las regiones agrícolas y los distritos industriales, entre las grandes Capitales y las poblaciones cortas y rurales, porque entonces van obteniéndose cifras que varían, diferenciándose entre sí con varios centenares ó millares de unidades.

Hay *oligoemia* cuando la masa total de la sangre está disminuída. En la plétora, al contrario, el aumento sólo es real para el suero. La *poliemia* parécenos dudosa, aunque algunos patologistas alemanes admitan su existencia. (Bollinger, Recklinghausen.)

El peso específico de la sangre es en el hombre de 1059-1066; en la mujer es de 1051-1056. Varía en las enfermedades y cambia también en las diferentes épocas de la vida. La nutrición es un elemento que hay que considerar en sus variaciones, tanto en el hombre como en la mujer adultos.

La diminución del peso específico del plasma sanguíneo, generalmente sigue una marcha paralela al descenso de la cifra normal de la *hemoglobina*, pero esta regla no tiene nada de absoluta.

Mil gramos de sangre contienen 513 gramos de glóbulos rojos y 486 de plasma.

La Hemoglobina es un cromoproteido (substancia protéica 96 por 100; hemocromógeno, 4 por 100), encontrándose en el glóbulo rojo en un estado de

estabilidad mediana, hasta que las condiciones normales de la presión vascular no sufran cambios notables. Pero tan luego como ésta disminuye por una causa cualquiera, la hemoglobina abandona al glóbulo pasando al plasma. El equilibrio osmótico de la sangre se encuentra por ello inmediatamente roto.

Aunque ésta no sea una perturbación primaria que desempeñe un papel positivamente determinante, nada pierde por cierto de su valor etiológico, puesto que el centro bulbar que preside las funciones osmóticas es á su vez comprometido. Un factor estático tan simple como lo es el equilibrio de la osmosis, puede ocasionar por su desarreglo graves desórdenes en la economía de los cambios orgánicos é intercelulares y consecutivamente en todas las funciones.

La cifra de la hemoglobina desciende á veces á 1,035 y aun á 1,020 (Baginski) y disminuye un valor más ó menos considerable en los anémicos, los cloróticos, los cloro-anémicos y los neurasténicos. Pero puede regenerarse y se regenera parcialmente, aunque con extraordinaria lentitud, salvo en la clorosis verdadera, en que es preciso recurrir á una mineralización intensiva, para comprobar un resultado positivo que por desgracia no es lo frecuente.

Los materiales nutritivos y los principios medicamentosos vehiculados por la sangre, no ejercen inmediatamente sino una acción muy débil sobre ella. La reconstitución de los elementos histológicos, el retorno de sus propiedades bioquímicas al tipo normal, no se verifican sino hasta después de la última fase del trabajo de renovación de las reservas de la economía. Puede decirse, por consiguiente, que la hemoglobina se repara tardíamente, teniendo necesidad de un concurso de sinergías vitales que ni el alimento, ni los medicamentos por sí solos, pueden proporcionarle desde luego.

El análisis microscópico de los glóbulos rojos de un caso típico de anemia grave, presenta al lado de eritrocitos y de hematoblastos normales á los microcitos (2-3 *m* de diámetro), glóbulos deformados y glóbulos degenerados (megalocitos). Las dimensiones medias de las hemacias, son de 7.99 á 7.15 *m*, y el número de hematoblastos es al de las de las hemacias como 1:2500. En la anemia ligera, la tara de los glóbulos rojos no pasa del límite de 3.000,000; pero en la anemia aguda progresiva, puede descender hasta 800,000.

A medida que la anemia avanza los glóbulos gigantes predominan, pero durante largo tiempo hay una especie de equilibrio entre los glóbulos pequeños y los gigantes.

La anemia perniciosa se caracteriza por una destrucción más fuerte de las hemacias comparativamente con la de la hemoglobina.

Todas estas alteraciones de la sangre ofrecen una gran semejanza con los caracteres fisiológicos de la época embrionaria. Así, pues, parecen representar un proceso de retrogradación hacia el estado normal del feto.

Bajo la influencia de la quinina, he observado repetidas veces un aumento sensible del volumen de los glóbulos rojos.

La presencia de glóbulos rojos de núcleo parece ser el indicio de un esfuerzo de reparación que no ha encontrado en las condiciones generales del individuo los elementos favorables para lograr la formación completa de nuevos glóbulos. La lentitud del proceso de reconstitución de las hemacias, depende probablemente de una falta de energía biológica de los hematoblastos, estos corpúsculos, cuyas funciones se encuentran todavía envueltas en la oscuridad, aunque su valor morfológico pueda recibir una poca de luz de la consideración del papel que desempeñan en la coagulación de la sangre.

Hasta tener una prueba de lo contrario, nosotros lo consideramos como la primera forma rudimentaria de los glóbulos rojos. La hipótesis que hace de los hematoblastos un producto de desagregación de los leucocitos, no reposa sin duda sobre una base suficientemente sólida.

La alcalinidad de la sangre tiende á disminuir á medida que la tara de la hemoglobina y de las hemacias decrece. Los ácidos que se producen en los tejidos de la economía viva no siendo destruídos ó eliminados, se acumulan y determinan la acidez del plasma sanguíneo. El tejido nervioso es el que resulta más comprometido por esta impregnación de CO^2 producto residual de su actividad funcional.

Las perturbaciones de la sensibilidad del territorio epigástrico muy frecuentemente se ven exageradas en los individuos anémicos, debilitados, nerviosos, que digieren mal, sin que se pueda atribuirlas á ninguna lesión anatómica del estómago ó de sus dependencias. Estas perturbaciones aumentan de intensidad cuando por cualquier motivo sobrevienen vómitos. La hiperestesia cutánea es entonces muy viva y marcada, pero en esto no debe verse en la mayoría de los casos sino un fenómeno reflejo cuyo punto de partida reside probablemente en el plexus solar. Las fibras que rodean el tronco celiaco proporcionan numerosos filamentos al estómago, siendo más particularmente sensibles en los casos de hiperestesia dependiente de una condición morbosa (dispepsia nerviosa).

El retardo ó lentitud del pulso en los anémicos con mucha verosimilitud debe atribuirse á una isquemia bulbar. Todo esfuerzo, toda fatiga que sobrepase el límite de resistencia fisiológica en un individuo anémico, tiene por efecto inmediato el agotar sus fuerzas: es esto el desfallecimiento (surménage) físico ó intelectual, según la naturaleza de la causa que lo ha determinado.

En estos casos los dos factores, anemia y *surménage*, se adicionan: el fenómeno del pulso lento es entonces el exponente de un estado transitorio de empobrecimiento en la sanguificación del sistema bulbo-medular. Esta es la teoría de Charcot. Es preciso naturalmente distinguir el pulso que se retarda de la permanente lentitud del pulso, ó sea de la Enfermedad de Stokes-Adam.

En todas las anemias se puede encontrar perturbaciones del hígado, pero estas perturbaciones varían según el origen de la enfermedad y el papel que sus factores desempeñan en el cuadro clínico. Hay una insuficiencia hepática parcial y una insuficiencia completa. La clorosis ofrece los tipos más frecuentes de ellas. Hay también hiperhepatia, encontrándose esta lesión en los individuos atacados de una forma grave de anemia aguda y de anemia perniciosa de tendencias invasoras. Ambas hepatías son sintomáticas de una desnutrición excesiva no compensada, determinando trastornos nutritivos de la celdilla primero, y en seguida alteraciones histológicas que se acentúan á la vez sobre el protoplasma y sobre sus propias funciones.

Las anemias plasmáticas, cuyo tipo clínico ha precisado el Prof. Robin en su Comunicación á la Academia de Medicina, en Diciembre de 1902, no están caracterizadas por la alteración primitiva de los glóbulos rojos; lo que aparece desde luego es la desmineralización del plasma: el cloruro de sodio pasa en exceso en la orina. El número de las hemacias y la tara de las sales todas de la sangre disminuyen en seguida paralelamente.

En la mayoría de los casos es preciso relacionar el origen de estas anemias á las dispepsias latentes, desconocidas, complicadas con hiperestenia y con insuficiencia gástrica. Llegando á la hipoclorhidria y á las fermentacio-

nes ácidas secundarias, de donde proviene la insuficiencia glandular, el debilitamiento de la nutrición, las perturbaciones del cambio material, la anemia, en una palabra, con todo su cortejo de síntomas objetivos y subjetivos.

La anemia sifilítica no se distingue en nada de las formas clínicas de la anemia vulgar. Los tegumentos están pálidos y sin coloración las mucosas, el semblante expresa la fatiga, el tedio, el desaliento y la vejez prematura. Bajo este punto de vista, la sífilis acaso exagera un poco los caracteres exteriores habituales del empobrecimiento general de la economía.

La desglobulización no es muy considerable, pues las anemias de mediana intensidad dan una cifra que oscila entre 3.600,000 y 3.800,000 hemacias. Pero el valor de la hemoglobina desciende mucho más proporcionalmente, lo cual aproxima á la anemia sifilítica de la clorosis, consideradas una y otra como la resultante de una intoxicación *sui géneris* de los líquidos y de los tejidos orgánicos, cuya naturaleza es la única que varia.

Hay anemias sifilíticas en que la diminución de los glóbulos y del valor hemoglobínico marchan paralelamente; son éstas menos frecuentes que las anemias que afectan el tipo clorótico.

No es frecuente el ver producirse un aumento sensible de leucocitos, pero las anemias cloróticas ofrecen algunos casos de ello. La tara de los cloruros desciende y la alcalinidad disminuye.

El hecho clínicamente demostrable de que, bajo la influencia de la infección sifilítica que se despierta, el plasma sanguíneo sufre, en la forma y en el número de sus elementos figurados, alteraciones que persisten del agotamiento momentáneo del trabajo eruptivo, nos parece alumbrar con una nueva luz el génesis etiológico de la clorosis y de las anemias esenciales.

Londres, Agosto de 1905.

DR. JOSEPH FERRUA.

(Trad. por el Dr. E. L. Abogado).

LA FALACIA DEL MOSQUITO EN LA FIEBRE AMARILLA

CRITICA DE LA TEORIA ETIOLOGICA
DEL MOSQUITO HEMBRA DE LA ESPECIE STEGOMYIA FASCIATA EN LA FIEBRE AMARILLA

POR EL
DR. AGUSTIN M. FERNANDEZ DE IBARRA
Residente en Nueva York.

(Continuación.—Véase el número anterior, págs. 234 á 239.)

Otra de las conclusiones *contraproducentes* de la Comisión es la siguiente: «Que no se hicieron pruebas con otras clases de mosquitos.» ¿Y por qué se afirma entonces tan rotundamente que es ÚNICA Y EXCLUSIVAMENTE el mosquito hembra de la especie *Stegomyia fasciata* el transmisor y propagador de la fiebre amarilla? ¡Qué contradicción y falta de lógica tan evidentes en una Comisión científica! ¡Y hasta se afirma, además, que es solamente el mosquito hembra *fecundada* de esa especie particular el que transmite la enfermedad!

El Dr. George M. Sternberg formó parte de la Comisión científica que el gobierno de los Estados Unidos mandó á estudiar la fiebre amarilla en la Habana el año de 1879. Y el Dr. Juan Guiteras era también otro de los miembros de esa Comisión, la cual no descubrió nada de nuevo.

El año de 1887 fué otra vez comisionado el Dr. George M. Sternberg por el gobierno de los Estados Unidos para que fuese á la Habana, á Veracruz y á Río de Janeiro á hacer un estudio detenido y minucioso de la etiología y prevención de la fiebre amarilla. En dicho estudio empleó él los años de 1887, 1888 y 1889. En el informe oficial que presentó al gobierno de los Estados Unidos dice que no pudo hallar el germen de la fiebre amarilla, y que el *Micrococus tetragenus* del Dr. Carlos J. Finlay, un modesto oculista de la Habana, el *Peronospora lutea* del Dr. Carmona y Valle, de la Ciudad de México, y el *Cryptococus zanthogenicus* del Dr. Domingo Freire, de Río de Janeiro, eran todos una pura ilusión y no existían en realidad. [1]

En 189!, esto es, el año siguiente á la publicación de su informe oficial, el Dr. Sternberg fué ascendido de Médico Mayor de Sanidad Militar, con el grado de Comandante que entonces tenía, al de Teniente Coronel, luego á Coronel y finalmente en 1893 á Jefe Superior de Sanidad Militar con el grado de Brigadier General.

El año de 1899 el Presidente McKinley nombró una nueva Comisión científica, compuesta de los dos jóvenes doctores Eugenio Wasdin y Henry D. Geddings, miembros ambos del cuerpo de la Sanidad Marítima de los Estados Unidos (del cual es Jefe Superior el Dr. Walter L. Wyman), para que fuese á Cuba á estudiar la fiebre amarilla.

Esta Comisión afirmó en su informe oficial que había encontrado, y comprobado varias veces, el germen productor de la aterradora enfermedad.[2]

Dicho germen, según dijo la referida Comisión, es el «*bacilo icteródes*, suspendido en la atmósfera, y que forma sus colonias en los tubos bronquiales, siendo los síntomas de la enfermedad el resultado de la absorción de las toxinas allí elaboradas.»

El Dr. George M. Sternberg, ya entonces Jefe Superior de la Sanidad Militar de los Estados Unidos, no había podido hallar en 1879, ni en 1887, 88 y 89, el germen de la fiebre amarilla, como dejo ya dicho, después de cuatro años de minuciosas investigaciones y experimentaciones en la ciudad de la Habana, en Veracruz y en Río de Janeiro. Dicho descubrimiento por dos jóvenes y casi desconocidos miembros del cuerpo de la Sanidad Marítima de los mismos Estados Unidos, *en muy pocos meses de experimentaciones*, era por tanto motivo suficiente para dar origen á una rivalidad entre esos dos cuerpos de Sanidad de la nación americana.

El nombramiento en 1900, ó sea el año siguiente, por el Presidente de los Estados Unidos, á instancias del propio Dr. George M. Sternberg, de otra Comisión de médicos investigadores, exclusivamente compuesta de miembros del cuerpo de la Sanidad Militar, era la recogida del guante de desafío que le había arrojado el cuerpo de la Sanidad Marítima al de Sanidad Militar, y tenía

1 El título del volumen que contiene el informe es «*Report on the Etiology and Prevention of Yellow Fever,*» by George M. Sternberg. Fué publicado en Washington el año de 1890 á expensas del gobierno de los Estados Unidos.

2 Véase el «*Report of the Commission of Medical Officers detailed by authority of the President to investigate the Cause of Yellow Fever.*» Fué publicado este informe oficial en Washington el año 1899, á expensas del gobierno de los Estados Unidos.

por fuerza esta segunda Comisión para el estudio de la fiebre amarilla en Cuba que tratar por todos los medios posibles de reivindicar el crédito y la reputación científica de su Jefe Superior, á quien le debían su nombramiento.

De ahí, de esa rivalidad, de ese antagonismo de *esprit de corps,* nació, pues, el error que yo critico.

Mi ataque á la teoría etiológica del mosquito hembra de la especie *Stegomyia fasciata* no obedece á apasionamiento de ninguna clase, ni á parcialidad alguna en favor de uno ú otro cuerpo de Sanidad de los Estados Unidos. Mi crítica es pura y simplemente en defensa de lo que yo considero una verdad científica, y es QUE LA CAUSA PRODUCTORA Y TRANSMISORA DE LA FIEBRE AMARILLA PERMANECE AÚN DESCONOCIDA á pesar de los igualmente pretensiosos y sucesivos descubrimientos de los doctores Carlos J. Finlay, un modesto oculista de la Habana, con su *Micrococus tetragenus,* que no era otra cosa que el vulgar *cocus* del pus, Carmona y Valle, de la Ciudad de México, Freire, Havelburg y Lacerda, de Río de Janeiro, Paul Gibier y Diego Tamayo, de la Capital de Cuba, Sanarelli,[1] de Montevideo, Wasdin y Geddings, de la Sanidad Marítima, y Reed, Carroll y Agramonte, de la Sanidad Militar de los Estados Unidos, Joseph Jones, Parker, Beyer y Pothier, de Nueva Orleans, y Marchoux, Salimbeni y Simond, del Instituto Pasteur de París.

* * *

Juzgo muy conveniente hacer aquí ahora, de pasada, una importante observación antes de entrar de lleno en el fondo de la teoría que critico. La aclaración que deseo hacer es esta:

Que no solamente en el extranjero, sino en la misma Isla de Cuba, y hasta por comprofesores de la Habana que entre los médicos de aquella Isla gozan de gran reputación científica, y de muy ilustrados, se barajan hoy los nombres del Dr. Carlos J. Finlay y el de los miembros de la Comisión de cirujanos del ejército americano para el estudio de la fiebre amarilla en Cuba, como *investigadores perfectamente de acuerdo en el estudio de la etiología y transmisión de esa enfermedad por medio de los mosquitos.* Lo cual no es cierto. Lo cual además de ser falso, se dice y se proclama por algunos de esos comprofesores cubanos con deliberada mala fe, á fin de poder explotar en provecho propio el altamente sensitivo y exagerado hasta la ceguedad amor patrio de los cubanos: les falta á esos señores comprofesores el necesario civismo, la honradez de propósito y la virilidad necesaria para decir lo que á ellos les consta que es una verdad científica.

Los experimentos que llevaron á cabo hace 23 años los doctores Carlos J. Finlay y Claudio Delgado *indican la posibilidad* de que el mosquito del género *Culex* sea *un transmisor* de la fiebre amarilla atenuada, ó séase la llamada «fiebre de aclimatación,» y *prueban de un modo positivo* que para ello es suficiente

1 Léase á continuación lo que respecto á este particular manifiesta el Dr. J. Sanarelli, hoy Profesor de Higiene en la Universidad de Boloña, Italia, en su reciente artículo titulado «*La Fièvre Jaune d'après les plus récents travaux,*» publicado en «*La Presse Médicale,*» de París, el sábado 20 de Agosto de 1904:

«M. Sternberg, après mon réfus de partager avec lui la découverte du *bacille ictéroïde* (voir *Centr. f. Bakt.*, 1897, p. 670), chargea de sa propre autorité les médecins militaires susdits (MM. Reed, Carroll et Agramonte) de combattre mes résultats.»

Ese artículo ha sido reproducido en castellano en «La Semana Médica,» de Buenos Aires, República Argentina, y en italiano en «*Il Policlinico,*» de la ciudad de Roma.

el transcurso *de dos* á *seis dias* que este insecto haya picado á un enfermo de la fiebre amarilla, para que ya se encuentre en condiciones de poder transmitir la enfermedad á un individuo no inmune. Y los experimentos de la Comisión de cirujanos americanos *tienden á probar* que no es el mosquito del género *Culex* el insecto que efectúa la inoculación de la fiebre amarilla, como ya se lo había advertido el Dr. Sternberg al Dr. Walter A. Reed, sino otra especie diferente de mosquito llamada *Stegomyia fasciata*. Con lo cual no solamente le niega dicha Comisión su valor científico al descubrimiento de los doctores Finlay y Delgado, sino que también asegura que es preciso que transcurra un período *de doce á diez y siete dias, ó más*, de incubación del germen en el organismo del mosquito, para que éste pueda entonces transmitir la enfermedad á una persona no inmune; esto es, que se necesita *más del doble del tiempo* que Delgado y Finlay aseguran. He dicho mal, *aseguraban* debí decir, puesto que el Dr. Finlay ha dado una vuelta en redondo y ahora afirma lo mismo que dice la Comisión americana.

Pero hay todavía algo más en que están completamente en desacuerdo los experimentos de los Dres. Finlay y Delgado y los de la Comisión de cirujanos del ejército americano. Dice ésta que el mosquito *Stegomyia fasciata* es EL ÚNICO MEDIO TRANSMISOR de la fiebre amarilla, en tanto que Finlay y su compañero de investigaciones sobre el asunto manifiestan que la picadura del mosquito *Culex* es UN MEDIO de transmitir la «fiebre de aclimatación,» nó la verdadera fiebre amarilla, reconociendo así hasta cierto punto que puede haber también OTROS MEDIOS de transmisión.

Otra diferencia esencialísima entre los experimentos de los Dres. Finlay y Delgado, por una parte, y los que llevó á cabo la Comisión americana, por la otra, es el fin diametralmente opuesto que cada uno de esos dos grupos de investigadores se propuso demostrar con sus experimentaciones. Finlay y Delgado buscaban, empleando para ello mosquitos contaminados con el germen de la enfermedad, *un agente profiláctico* que, á semejanza de la vacuna contra las viruelas, privase á la fiebre amarilla de su virulencia, para cuyo efecto inoculaban á las personas no inmunes con quienes hacían sus experimentos un virus atenuado en el organismo del mosquito, que las hiciera refractarias á contraer esa enfermedad después de artificialmente producir en ellas, con la picadura de ese insecto contaminado, la llamada «fiebre de aclimatación,» ó séase un ligero ataque de fiebre amarilla. Y la Comisión de cirujanos americanos buscaba *la manera segura de producir la fiebre amarilla con toda su natural virulencia*, valiéndose para ello también de la picadura de mosquitos contaminados con el germen de la enfermedad, y haciendo ver al mismo tiempo que eran completamente inofensivas las personas, las ropas y los efectos contaminados ó infectados de todas clases con los productos de esa enfermedad, á fin de poder demostrar de ese modo que el mosquito denominado *Stegomyia fasciata* es EL ÚNICO Y EXCLUSIVO TRANSMISOR de la fiebre amarilla.

Un grupo de investigadores buscaba, pues, empleando para ello el mosquito, un agente profiláctico contra la fiebre amarilla; y el otro grupo trataba de probar que el mosquito es el único agente responsable de la existencia de esa peligrosa enfermedad.

Un grupo de esos investigadores *quería que viviesen* esos insectos alados, para utilizarlos en la prevención de la enfermedad; y el otro grupo *quería que se exterminasen*, para que desapareciera con ellos la fiebre amarilla.

Un grupo de esos experimentadores asegura que la fiebre amarilla que

ellos transmitían por medio de las picaduras de mosquitos contaminados, *después de un periodo de dos á seis dias de incubación del germen en el organismo del insecto,* era una «fiebre de aclimatación» que transformaba en inmune á la persona que no lo era; y el otro grupo de experimentadores afirma que la enfermedad que ellos transmitían por medio de las picaduras de mosquitos contaminados, tan sólo y exclusivamente *después de un periodo de doce á diez y siete dias, ó más de incubación del germen en el organismo del mosquito,* puesto que antes de ese tiempo, según afirma dicha Comisión, el experimento ES POR COMPLETO NULO Y DE NINGÚN VALOR, fué la verdadera fiebre amarilla con toda su virulencia y todos sus peligros para la persona no inmune así inoculada, *sin que el germen de la enfermedad hubiese quedado en lo más mínimo atenuado en el organismo del mosquito,* como, por el contrario, proclamaba que así resulta el otro grupo de investigadores.

Hay más diferencia todavía entre esos dos grupos de investigadores. La Comisión americana, imitando la moderna patogenia de la malaria, encontró, ó creyó encontrar, que igualmente en la fiebre amarilla el mosquito desempeña también el complementario servicio de «huésped intermediario; y de que, una vez infectado, retiene durante todo el resto de su vida el poder de trasmitir al hombre la fiebre amarilla, como un perpetuo é inalterable vacunador. Los Dres. Finlay y Delgado no descubrieron nada de eso.

Y, por último, la Comisión dice que solamente son los mosquitos hembras, *fecundadas,* de la especie *Stegomyia fasciata* los que transmiten la fiebre amarilla, puesto que los machos *no pican,* ni pueden picar, á las personas. Los Dres. Finlay y Delgado no dicen nada del sexo de su *Culex* mosquito, ni si las hembras demasiado jóvenes, ó las ya demasiado viejas, para que puedan ser fecundadas, transmiten ó no transmiten la enfermedad. Verdad es que tampoco la Comisión americana aclara este punto dudoso.

Me parece que ya es tiempo de que cese la mistificación que existe sobre este asunto de considerar á Finlay como corroborador de los descubrimientos de la Comisión americana, ó á la Comisión como comprobadora de los descubrimientos de Finlay, y que tan claro se evidenció en el Congreso Sanitario Internacional celebrado en la Habana en Febrero de 1902. Allí se levantaron grandes aclamaciones al Dr. Finlay (presente en las sesiones todas) como una *gloria nacional,* á la cual la Comisión americana había tenido que reconocer su profunda sabiduría, su genio colosal. Muchos de mis comprofesores cubanos han escrito después que los descubrimientos del Dr. Finlay eran el exponente de «la ciencia cubana.» Y á mí se me ha motejado en Cuba como *mal patriota....* porque me niego á creer en *musarañas.*

Y con el objeto de que se vea aún más evidentemente, si fuere necesario, el desacuerdo entre los experimentos de los Dres. Finlay y Delgado y los de la Comisión de cirujanos militares nombrada por recomendación especial del Dr. George M. Sternberg, su Jefe superior é inspirador de sus trabajos, voy á copiar textualmente á continuación la crítica severa y desmoronadora que hace este señor de los experimentos de los Dres. Carlos J. Finlay y Claudio Delgado.

Después de copiar el resumen que de sus experimentos hizo el Dr. Finlay (sin mencionar como era debido, dándole todo el crédito que se merecía, á su compañero el Dr. Delgado) en un artículo que publicó en el «*Edimburgh Medical Journal*» el año 1894, en el cual describe la distribución cronológica que de un total de 87 experimentos llevó á cabo en un largo período de tiempo,

de nada menos que de *doce años y cinco meses*, desde el 30 de Junio de 1881 hasta el 2 de Diciembre de 1893, el Dr. Sternberg dice:

«A pesar de lo plausible que aparece ser la teoría de Finlay, y de que explica muchos hechos referentes á la etiología de la fiebre amarilla, sus inoculaciones experimentales no solamente dejan de prestarle el apoyo que necesita, sino que sus resultados negativos, según él mismo lo confiesa, parecen contradecir la opinión de que la fiebre amarilla se trasmite por medio del mosquito. Cierto es que él da cuenta de un caso «que presentó un ligero ataque de albuminuria,» y que pudiéramos aceptar como de fiebre amarilla; pero en vista del hecho de que este caso ocurrió en la ciudad de la Habana, donde la fiebre amarilla es endémica, y de que hubo 86 casos negativos como resultado de similares inoculaciones, la inferencia parece quedar justificada de que en este único caso la enfermedad fué contraída de alguna otra manera y no á consecuencia de la llamada inoculación por medio del mosquito.»

Y luego sigue el Dr. Sternberg desmoronando el resultado de los experimentos del Dr. Finlay, con los siguientes razonamientos:[1]

«Los 13 casos en que solamente hubo fiebre de aclimatación, *en un período de tiempo que varía de cinco á veinte* y cinco días después de haberse practicado la inoculación» (estas últimas palabras son del propio Dr. Finlay, que el Dr. Sternberg pone entre comillas) me parece á mí que no tienen valor como prueba en favor de la teoría de Finlay, y por las siguientes razones: 1ª—Porque estas «fiebres de aclimatación» no pueden identificarse como casos ligeros de fiebre amarilla; 2ª—Porque el período usual de incubación de la fiebre amarilla es menos de cinco días, y 3ª—Porque aquellos individuos en quienes se practicaron los experimentos hacía poco tiempo que habían llegado á la Habana y estaban, por tanto, expuestos á ser atacados de fiebre amarilla, ó de la «fiebre de aclimatación,» por quedar viviendo en esa ciudad, y se encontraban completamente á cubierto del efecto que en ellos pudieran producir las inoculaciones del Dr. Finlay con el mosquito.

«Por estas razones los experimentos del Dr. Finlay no llevaron la convicción al ánimo de la profesión médica en general, respecto á la verdad de su teoría de transmisión de la fiebre amarilla por los mosquitos, y por consiguiente quedó esta cuestión en duda y expuesta á controversias.»

Y tan es así, que el Dr. James Carroll, uno de los cuatro cirujanos del ejército de los Estados Unidos que componían la Comisión que fué á Cuba en 1900 á estudiar allí la fiebre amarilla (dos de ellos han fallecido desde entonces, el Dr. Reed y el Dr. Lazear), hace poco publicó aquí en los Estados Unidos un artículo titulado «La transmisión de la fiebre amarilla» en el «*Journal of the American Medical Association*,» de fecha 23 de Mayo de 1903, en el cual niega por completo al Dr. Finlay «la gloria» (como dicen sus entusiastas aclamadores cubanos) de ser el descubridor de la transmisión de la fiebre amarilla por el mosquito, llegando hasta el punto de decirle claramente y sin ambajes ni rodeos que «la teoría original de Finlay ha sido modificada por él en distintas ocasiones, siempre para ponerse á cubierto de posibles contingencias.» Palabras textuales.

Con motivo de las irascibles y mal humoradas cartas de los Dres. Finlay y Agramonte, de la Habana, á que dió lugar ese escrito del Dr. Carroll, y que

1 Véase en la «*Popular Science Monthly*,» de Julio de 1901, el artículo del Dr. Sternberg titulado «The Transmission of Yellow Fever by Mosquitos.»

se publicaron también en el «*Journal of the American Medical Association,*» envié yo una carta á dicho influyente periódico médico americano, publicada en su número del 22 de Agosto de 1903, que es una especie de «tercero en discordia,» ó juez de paz entre las partes contendientes, en la que fijo y hago evidente el contraste que existe entre los igualmente falaces descubrimientos de la una y de la otra parte contrincante.

En un artículo más reciente que con el título de «*Breve reseña sobre la etiología de la fiebre amarilla*» publicó el Dr. James Carroll en «The New York Medical Journal,» números correspondientes á los días 6 y 13 de Febrero de 1904, que dice que la publicación en Inglaterra del descubrimiento del Dr. Patrick Manson, de que el mosquito sirve como huésped intermediario para la transmisión al hombre de la filaria, fué lo que hizo concebir al Dr. Finlay la idea de que el mismo insecto pudiera servir de conductor intermediario del parásito de la fiebre amarilla.»

En ese mismo artículo el Dr. Carroll hace constar que ya desde el año de 1797, el Dr. Benjamín Rush, de Filadelfia, el Dr. John Vaughan, de Wilmington, Estado de Delaware, en 1802, y el Dr. Weightman, de San Agustín, en el Estado de Florida, el año de 1839, así como también el Dr. Wood, de Centreville, Estado de Massachusetts, y el Dr. Barton, de Clinton, en el Estado de Luisiana, ambos en el año de 1853, habían notado la relación directa entre la abundancia de los mosquitos y la existencia de una epidemia de fiebre amarilla.

El mismo año de 1881, el Dr. L. Gelerd, Jefe del cuerpo médico de la Compañía francesa del canal de Panamá, y que residía entonces en la ciudad de Panamá, hizo allí también una larga serie de experimentos de inoculación con el mosquito, para cerciorarse si este insecto tiene alguna relación con la fiebre amarilla. Y el Dr. Gelerd realizó algo de mucha más importancia en obsequio de la ciencia que el Dr. Finlay, y que demuestra su abnegación en beneficio del progreso de la medicina práctica: se hizo él picar por uno de aquellos mosquitos contaminados, y sufrió un ataque de fiebre amarilla que puso en peligro su vida. Véase el artículo firmado por el Dr. Wolfred Nelson y publicado ese año de 1881 en el «*Canada Medical Record.*»

Me he extendido más de lo que pensé en esta aclaración y en el trozo histórico que le precede; pero me ha parecido buena táctica limpiar un poco el campo de zarzas y malezas antes de dar el ataque.

(Se continuará.)

SECCIÓN VI.

ALGO DE CIRUGÍA EN SUS RELACIONES CON LA FISIOLOGÍA.

Partidario acérrimo de la cirugía, desde hace mucho tiempo, vengo luchando por circunscribir mis energías al estudio y á la práctica de este entroncamiento de las ciencias médicas. Con verdadero deseo, casi apetito, he acogido todo lo que se ha puesto á mi alcance, siempre que lleve humos de quirúrgico, y me he entregado á su estudio con la mejor voluntad, con la perseverancia y con la fe de aquel que no ha dudado nunca, ni por un momento, del buen éxito.

Aun más; la práctica me ha enseñado que la medicina es ciega, y que la cirugía, en la generalidad de los casos, es clarividente.

Con penosas dificultades he ido acumulando resultados, formando estadísticas, y más que todo, estudiando caso por caso, procurando obtener las mayores enseñanzas y las más terminantes conclusiones.

Sería imposible sintetizar en unas cuantas líneas todo lo que me ha enseñado la práctica, ó menos que eso, lo que me han hecho pensar todos los asuntos quirúrgicos que se han puesto al alcance de mis manos. . .

Fundamentalmente mi profesión de fe hace algunos años era la cirugía en todo lo que fuera operable; detalladamente, en la actualidad, sigo siendo partidario de las operaciones, pero siempre que haya prudencia, ciencia y conciencia...

* * *

Poco tiempo después de recibido, extirpé á un niño de 10 años una masa ganglionar del cuello, que venía supurando desde hacía algún tiempo.

La afección local curó radicalmente, por lo que me sentía satisfecho; pero dos meses después el niño tosía y presentaba los signos de una tuberculosis pulmonar aguda, que en poco tiempo dió cuenta de su persona.

Año y meses después de ser médico, operé de hemorroides á un enfermo de Sinaloa, que pocos días después de la operación fué atacado de hemoptisis, que nunca había padecido, y cuya repetición en corto tiempo acarrearon su muerte sin que presentara los signos y síntomas de una tuberculosis pulmonar. . .

Estos casos me llamaron la atención y dije para mis adentros lo que pudiera haber dicho cualquier médico que tuviera ganas de observar . . . ¿La extirpación de un ganglio es motivo de muerte? ¿La curación radical de las hemorroides puede traer consecuencias que matan? . . .

Desde entonces he venido persiguiendo, en todos sus detalles y en todas sus enseñanzas, todos los casos quirúrgicos que se me han presentado, procurando sacar de todo lo que observo, una conclusión, que es á lo que propenden estas líneas.

* * *

En achaques quirúrgicos muchas veces he estado á punto de intervenir, y muchas, muchísimas, he suspendido mi intervención, porque los enfermos han estado mejorados. Ejemplo de esto son los traumatismos de los miembros superiores é inferiores, que en multitud de casos los enfermos han conservado sus dedos, su piel, su mano, etc., por la sola prudencia quirúrgica.

* * *

Desde hace algunos años la cirugía ha tomado proporciones enormes: se operan las nefritis, se resecan los pulmones, se vacían las pelvis, se extirpan órganos completos á derecha é izquierda, se castra por gusto, etc., etc., así como si el cuerpo humano fuera una máquina formada por multitud de piezas inútiles ó suplementarias.

La asepsia, por una parte, que ha garantizado el éxito de las operaciones y la audacia de los cirujanos que han llevado más allá del límite de lo conveniente sus empresas, son las responsables directas de esa ola quirúrgica que viene inundándonos desde hace tiempo.

No desconozco que también han sido factores el perfeccionamiento de los métodos y de los instrumentos, así como los estudios fisiológicos y anatómicos en la actualidad. De todas maneras, considerando la cirugía en sus relaciones

con la Fisiología, ¿hay razón para intervenir como se interviene actualmente? Creo que no.

Todos hemos asistido como testigos activos ó inactivos al furor quirúrgico que ha localizado sus intervenciones en los órganos genitales internos de la mujer, especialmente en los ovarios. Convencidos de que podía privarse á la economía de estos órganos, ya fuera total ó parcialmente, y convencidos de que la operación para quitarlos, á pesar de ser grave, con ciertas precauciones no era mortal, se comenzaron á inventar indicaciones de la ovariotomía y se han sacado ovarios por miles, olvidando por completo la fisiología de este órgano. Se ha castrado á la mujer por epilepsia, por histeria, por enajenación mental, por ligeras perturbaciones nerviosas, por reflejos incorregibles é inexplicables, etc., etc., y los resultados han sido casi siempre nulos... El solo hecho de privar á una persona del sexo, es una razón poderosa para meditar estas intervenciones. Moral y físicamente, estas pobres mujeres se ven de la noche á la mañana transformadas en cosas; no aspiran á nada, han perdido sus aptitudes femeninas y de un solo golpe de tijera ó de cuchillo, se les ha arrebatado para siempre la única ó la principal fuente de sus placeres.

Privar á la mujer de la maternidad, es quitarle un orgullo innato, que es un estímulo en su vida, como todos los orgullos;... privarla de la vida conyugal (porque ese género de vida no es posible, cuando falta *aquello),* es privarla de su personalidad social y de su personalidad en la familia, es privarla del amor.

Creo que todos los médicos que hemos escuchado conversaciones de estas pobres mujeres, nos hemos sentido contristados de su desgracia y de su situación. Unas nos dicen que su marido las ha abandonado... otras, que sienten aversión por su marido, y las de más allá, que la vida les es imposible porque no tienen ilusiones, no tienen deseos, no tienen esperanzas... procuran la muerte ó pretenden el suicidio... Si los ovarios fueran órganos de función exclusiva, su extirpación no produciría esas perturbaciones generales de la economía.

No es del caso discutir la patogenia de la menstruación; pero en la actualidad se acepta que es un fenómeno íntimamente ligado á las funciones del ovario. Ahora bien, el escurrimiento del período catamenial no es un escurrimiento de sangre pura, producto de una simple congestión ó de una ruptura vascular, sino un flujo de líquido sanguíneo bien cargado de productos tóxicos y de productos normales y anormales del organismo. En otros términos: la menstruación depura los sueros y los plasmas de la mujer y desempeña un papel de excreción que es muy fácil deducir de las observaciones clínicas.

1º Todas las mujeres, inmediatamente antes y durante la regla, presentan fenómenos generales y locales que desaparecen como por encanto después que ha pasado: se ponen nerviosas, tienen menos resistencia orgánica, se perturba el sueño, hay sensación de malestar, etc.

2º En las mujeres dismenorréicas, en las que se hace difícilmente la excreción menstrual, los sufrimientos locales y generales son más acentuados.

3º Las mujeres amenorréicas sufren más de fenómenos generales que las anteriores, y se observa muy frecuentemente que hay algún desahogo de la naturaleza por cualquiera otra parte (hemorragias periódicas vicariantes).

4º Las mujeres que menstruan durante la lactancia, producen á los niños que amamantan perturbaciones nerviosas, intestinales y cutáneas, precisamente

en el período catamenial; enfermedades que se curan espontáneamente, cuando han pasado esos días en la madre ó la nodriza.

5º Es de regla observar que las embarazadas, no obstante tener que hacer gastos dobles para vivir y para dar vida al producto que llevan en su seno, engordan durante ese período y su aspecto es más floreciente y de mayor salud. ¿Habrá alguna relación entre el metabolismo orgánico y el descanso ó la actividad de los ovarios? Lo que acabo de decir es una prueba, y hay otra de observación vulgar: *la jamonización* de las señoras que han llegado á la menopausa . . .

En consecuencia, la menstruación, por lo que acabo de exponer, no es un fenómeno local, simple acompañante de la función de ovulación ovárica, sino una necesidad excrementicial de la mujer, una descarga orgánica que se hace periódicamente, siendo los ovarios, permítaseme la comparación, los ganglios que tienen bajo su dependencia y que regularizan ese fenómeno.

Por otra parte, experiencias recientes han comenzado á demostrar que las funciones tiroideas y ováricas están íntimamente ligadas para producir el equilibrio en el metabolismo celular, sin embargo de que la suplencia ó vicarización de cada uno de estos órganos no sea absoluta. En otros términos: los ovarios y el cuerpo tiroide se ayudan en la producción de una función; pero no pueden realizarla uno ú otro aisladamente. Prueba de ello son estas observaciones opoterápicas: cuando los ovarios están en calma (durante el embarazo y la menopausa) y la mujer se engrasa, si se hacen inyecciones de jugos ováricos se impide la gordura; y en las mismas condiciones, si se administran productos tiroideos, la mujer no engorda ó se enflaquece. ¿Qué quiere decir esto? que los dos órganos trabajan aisladamente y en distinto sentido para producir un resultado: el equilibrio, como los dos platillos de una balanza. Administrar productos ováricos cuando los ovarios están en receso, es restituir el equilibrio disminuyendo el metabolismo, administrar productos tiroideos cuando los ovarios no funcionan, es también restablecer el equilibrio exaltando el poder antimetabólico de este órgano.

Esto no quiere decir que toda mujer en período de calma ovárica ó sin ovarios, ha de engordar, ni tampoco que una mujer gorda por alguna de esas razones, se ha de enflaquecer tomando productos tiroideos ú ováricos.

Expongo esas experiencias y esos raciocinios fisiológicos, para fortalecer la siguiente idea: creo que el ovario no es un órgano de función exclusiva; hacer óvulos para que sean ó no fecundados y despertar necesidades sexuales, sino muy al contrario, que además de esas encomiendas fundamentales, tiene otras muchas, casi descubiertas algunas de ellas, y otras por descubrir, que lo hacen un órgano indispensable para la buena armonía y el buen funcionamiento del conjunto. Cosa igual puedo decir del cuerpo tiroides y del testículo.

Ahora bien; tratándose de órganos de esa importancia, ¿deberán extirparse á derecha é izquierda, por lesiones insignificantes y hasta por gusto, como se ha venido haciendo desde hace algún tiempo? . . . No, mil veces no.

* * *

Casi borradas de la Patología las tiflitis y las peritiflitis, representantes genuinas de las inflamaciones del ciego y del tejido celular que lo rodea, que anteriormente encuadraban en sí mismas las lesiones del apéndice vermicular y se confundían entre ellas, desde el momento mismo en que por casualidad, por fortuna ó por investigación científica, se descubrió en el anfiteatro

la inflamación del apéndice y las supuraciones peri-apendiculares, se elimina casi por completo de la patología y de la clínica las lesiones cecales, y se hizo nacer una nueva enfermedad llamada *apendicitis*.

Esta enfermedad, de nuevo cuño, ha sido considerada como más frecuente y como más grave que la tiflitis y la peritiflitis que han pasado de uso. Y sobre todo, para su cura, se ha establecido la indicación urgente, urgentísima, de operar sin demora, extirpándose ese apéndice, ¡como que es más fácil su extirpación que la del ciego mismo!

Creada la apendicitis y borradas casi por completo la tiflitis y la peritiflitis, todos los estudios y todos los actos quirúrgicos se han dirigido á ese apéndice, pequeño fragmento del intestino, que no ha merecido el nombre de órgano, y sin ton ni son, cuando hay algún padecimiento inflamatorio en la región cecal, se ha establecido el diagnóstico de apendicitis, se ha abierto el vientre y se ha quitado el apéndice. Multitud de enfermos han curado, si, es verdad, pero otros han sucumbido, atribuyéndose estos últimos casos al hecho de no haber intervenido pronto. Lo que se necesita es intervenir pronto, muy pronto, como en las indicaciones urgentes de la traqueotomía..... Si se pasan algunas horas, todo está perdido.....

¿Y los numerosos casos de verdaderas apendicitis curados sin intervención quirúrgica?.... ¿Y los numerosos casos curados por una terapéutica espectante?.... ¡Ay! y algunos éxitos de la *homeopatia* de que he sido víctima, es decir, de algunas curaciones *sin medicina* después de que otros médicos y yo habíamos hecho la indicación urgente de operar, porque teníamos el empastamiento apendicular entre nuestras manos?....

O no eran apendicitis, ó muchas apendicitis se curan sin cuchillo, ó por fin, frecuentemente, se precipita la intervención del cirujano sin que sea indispensable tal festinación. Podría citar multitud de casos clínicos demostrativos, pero no es desde ese punto de vista desde donde quiero considerar las apendicectomías: es desde el punto de vista fisiológico.

¿El apéndice vermicular merece los títulos de órgano, es una entidad anatomo-patológica ó es simplemente un adminículo de la economía, algo que salió sobrando y que para nada sirve en el funcionamiento de esa máquina complicadísima á que llamamos organismo animal?

1° La mayor parte de los seres zoológicamente perfeccionados tenemos apéndice.

2° La mayor parte de los mamíferos y algunos otros que no lo son, pero que están escalonados en el camino del perfeccionamiento, tienen apéndice también.

3° Otros, más raros, ya en las últimas escalas, casi primitivas, tienen apéndice.

Permitidme que de esto saque una conclusión que podría creerse errónea por algunos espíritus poco científicos y fanáticos; el apéndice lo traemos por herencia orgánica. Dejadme que estreche más el cerco que impone la lógica de los hechos. ¿No estamos autorizados á afirmar que, puesto que la mayor parte de nuestros antecesores zoológicos han conservado su apéndice durante su evolución y que nosotros lo hemos tenido y lo tenemos desde hace muchos siglos y lo tendremos quién sabe hasta cuándo..... no es verdad que ese adminículo, que no ha podido desaparecer en el curso de tantos años y tantas generaciones, debe tener un papel en la economía, una función indispensable puesto que no se ha *atrofiado* en tantos miles de años?

Creo que sí; creo que el apéndice no es una imperfección evolutiva, algo que le sobró al organismo y que para nada le sirve, creo, al contrario, que es una entidad anatómica, como está perfectamente demostrado; creo que es una entidad patológica, como está demostrado también; y creo que es una entidad fisiológica, porque creo que tiene funciones suyas, exclusivamente suyas..... Desgraciadamente los estudios fisiológicos de este órgano están en pañales, y nada ó casi nada se sabe de sus atribuciones.... Sin embargo, el estudio que acaba de dar á luz un compatriota nuestro bien sesudo, muy anatómico y más que todo, muy fisiológico, nos abre un horizonte nuevo diciendo que la mucosa del apéndice extraordinariamente glandular, secreta una abundante cantidad de líquido mucoso (glarioso) que de cuando en cuando, por contracciones antiperistálticas del apéndice, es vertida en el ciego, para lubrificar sus paredes y las del intestino grueso y facilitar de ese modo el deslizamiento de las materias fecales.

Esta es una opinión que viene incubándose desde hace algunos años en su autor, que se ha resuelto á publicarla militando en favor de ella, la estructura anatómica del apéndice y las observaciones clínicas de que las lesiones apendiculares producen casi siempre estreñimiento, y de que los individuos á quienes se les ha quitado el apéndice, son por regla general estreñidos. Lo que haya de verdad ó de ilusión en esta teoría, no es del momento dilucidarlo.

Siguiendo en ese caos fisiológico y patológico, ¿no es de pensar que si se tratara de un órgano inútil, sobrante, por demás, sin funciones, sus padecimientos no repercutirían sobre el organismo en conjunto de una manera grave y aguda y de indicaciones urgentes como se observa en sus padecimientos inflamatorios?

Hay, por otra parte, algunos estudios recientes de fisiología comparada, que en la penumbra de las investigaciones y de las experiencias dejan ver un punto claro de esperanza, algo de verdad fisiológica que no podríamos asegurarla, como no podríamos afirmar la existencia de la nueva estrella de la constelación del Aguila que se ha descubierto y visto últimamente: se ha creído que la integridad anatómica y patológica del apéndice está en relación con el crecimiento del individuo; así como se ha creído y casi demostrado experimentalmente que la integridad del cuerpo tiroides está en relación con el raquitismo.

El solo hecho de que el apéndice vermicular tenga distintas longitudes y ligeras variedades en su estructura, según las distintas especies, son razones para pensar, como está demostrado, plenamente demostrado, para el intestino grueso y delgado, que el apéndice, ese pequeño adminículo, tendrá una función, una encomienda en los actos de elaboración digestiva ó de excreción de los residuos no asimilables.

El conejo, por ejemplo, tiene un apéndice extraordinariamente largo y la reacción de los jugos que secreta no es igual á la del ciego. Es lógico pensar que su estructura histológica no ha de ser igual á la de éste, no obstante ser una dependencia; y en efecto: es extremadamente linfoide, más, mucho más que la de otros animales.

De todo esto parece desprenderse no la seguridad, pero sí la probabilidad, la sospecha, por lo menos, que debe hacernos presentir científicamente que el apéndice es un órgano, que ese órgano tiene una estructura especial, que por su estructura da lugar á funciones particulares; y por último, que esas funciones, susceptibles de perturbarse, le crían una patología especial, suya y

enteramente suya; lo que es motivo, más que suficiente, para guardarle consideraciones, para respetarlo y para pensar juiciosamente cuando se trate de intervenir en su humilde personalidad orgánica.

DR. HELADIO GUTIÉRREZ.

(Continuará).

ALGUNAS PALABRAS SOBRE LA CURA OPERATORIA DE LA HERNIA CRURAL

Opinan algunos cirujanos y, en concepto mío, muy justificadamente, que no es correcto llamar radical la cura de un padecimiento, que algunas veces no produce ese resultado, y esto poniendo irreprochablemente en práctica los procedimientos más racionales.

En efecto, hay algunos herniarios que, operados correctamente, ven, sin embargo, reincidir su mal, como si para ello tuvieran una propensión incorregible.

Por eso, me parece que es de aceptarse la denominación propuesta por un entendido cirujano español, quien llama simplemente «obliteración» á la cura herniaria operatoria, término que no envuelve la promesa, por desgracia á veces fallida, de un resultado permanente, por más que éste sea el ideal que realizar se proponga.

Si estas observaciones son aplicables tratándose de las hernias en general, son más pertinentes cuando á la hernia crural se refieren, en la que por razones anatómicas de todos conocidas, se encuentran serias dificultades para lograr una oclusión definitiva, en los casos en que tienen que tratarse hernias voluminosas.

Estas mismas dificultades, sin duda, han servido de estímulo á los cirujanos para crear procedimientos y más procedimientos encaminados á resolver el problema de la curación radical de la hernia crural.

Pero hay otra razón además, y de peso enorme: es que si bien es cierto que la crural no tiene la frecuencia de la hernia inguinal, se ha observado, por una parte, que es más fácilmente estrangulable, y por otra, que una vez la estrangulación producida, es en la que las maniobras del taxis pocas veces conjuran los peligros, obligando, pues, más á menudo, á practicar la herniotomía.

Para convencerse de ello bastará citar las cifras de la estadística.

La *City of London Truss Society* ha encontrado de cien hernias:

Inguinales	80
Femorales	10
Umbilicales	5
Otras hernias	1

Briant, en 100 casos de hernias estranguladas, ha visto:

Inguinales	50
Crurales	40
Umbilicales	10

Se ve que si la cifra absoluta es mayor para las inguinales, la relativa, teniendo en consideración la frecuencia con que respectivamente se ofrecen en

la clínica, resulta ya elevada para las umbilicales; pero muchísimo más para la crural.

Esto constituye un poderoso motivo para aconsejar la cura operatoria de estas hernias particularmente, y además, lo más pronto posible; porque operando sobre hernias de pequeño volumen, fácilmente se obtienen los más felices resultados para la permanencia de la curación.

En estas condiciones, que son en las que me ha tocado en suerte intervenir, es cuando resultan de positivo éxito los procedimientos más sencillos; en estos casos quedan fuera de lugar los autoplásticos ú otros procedimientos, á no ser que se quiera complicar inútilmente las intervenciones.

La simple ligadura y excisión del saco, como la han practicado *Anderegg, Socin* y *Heidenthaler;* las maniobras que fijan más ó menos alto el cuello del saco detrás del ligamento de Falopio; la sutura del orificio crural á la manera de *Berger, Tillmanns, Czerny, Shede, Bassini,* dan en la práctica resultados satisfactorios.

Como alguna otra vez lo he dicho, la conducta que yo he seguido en esas condiciones, es hacer la fijación del cuello del saco detrás del arco de Poupart, maniobra que destruye el paralelismo entre el *infundibulum* peritoneal y el orificio crural, á la vez que éste por el apelotamiento del cuello queda notablemente reducido. En seguida reuno metódicamente los diversos planos desde la profundidad hasta la piel.

Las personas que han visto mis operados en el Hospital General han podido persuadirse de lo eficiente de la oclusión.

Mas en el caso que se tenga que tratar una hernia reproducida, ó bien cuando el anillo femoral ofreciere gran amplitud; sería pueril poner en juego estos recursos; entonces sí habría que pensar en otros procedimientos, eligiendo aquel que en el concreto pareciere más á propósito.

Dos caminos se presentan entonces al operador: tapar el orificio crural por medio de alguno de los recursos autoplásticos ó reducir al *minimum* las dimensiones del anillo por la movilización del ligamento de Poupart.

Salzer obtura el anillo por medio de un colgajo tomado á la fascia pectinea.

Trendelemburg talla un colgajo osteo-perióstico sobre la rama horizontal del pubis ó de la sínfisis.

Thiriar obstruye con placas de hueso decalcificado.

Schwartz toma un colgajo del aductor mediano.

W. Cheyne prefiere tomar una parte del músculo pectineo.

Como ya es bien sabido, desde hace algunos años el Sr. Dr. Garay propuso utilizar una parte del costurero para obstruir el orificio femoral. Finalmente, hace muy poco tiempo, *Pólya,* de Budapest, después de una crítica extensa sobre los procedimientos conocidos, afirma que no tiene inconveniente y da pleno resultado la obturación del anillo con todo el espesor del músculo sartorio. Este procedimiento ha sido puesto dos veces en práctica.

¿Cuál es el valor clínico de los diversos procedimientos autoplásticos? No puedo contestar esta pregunta con mi experiencia personal, y por otra parte los datos publicados son insuficientes para formar un completo criterio. Me inclino, sin embargo, al de *Salzer* que sustituye el perdido septum crural con un tejido similar, la aponeurosis del pectineo; y ya sabemos que las aponeurosis, por sus propiedades físicas, oponen una gran resistencia á la impulsión intra-abdominal.

Quizás en algunos casos, cuando una vez excidido el saco de una voluminosa hernia, quede un hueco notable en el canal crural, convendría asociar el procedimiento de *Salzer* con la autoplastia muscular, y entonces, nada más á propósito para rellenar ese vacío que un colgajo ó todo el espesor del costurero, según fuere necesario.

Yo no participo de los temores de que, dividido el sartorio tranversalmente, se gangrene alguno de sus cabos; basta recordar la abundante irrigación sanguínea que este músculo recibe por los numerosos vasos que le da la arteria femoral, de la cual es satélite. Es claro, sí, que se perdería la función dinámica del músculo; pero parece que dicha función no es tan importante, siendo tal vez su principal papel servir de protección á los vasos contra las violencias exteriores.

Juzgo, pues, que la autoplastia, si bien no se puede ni se debe aplicar indistintamente á todo caso de hernia crural, es susceptible en determinadas ocasiones de prestar buenos servicios.

Otro tanto puede decirse de los procedimientos que reducen al mínimum el calibre del orificio crural por la movilización del ligamento de Poupart.

Y sea que en lo general son de más fácil ejecución, sea que se aproximan más al ideal de ocluir permanentemente el orificio herniario; es un hecho innegable que estos procedimientos cuentan con más aceptación en el mundo quirúrgico que los autoplásticos.

Es cierto que ninguno de ellos puede suprimir el anillo femoral; para todo aquel que conozca, aunque sea someramente, la anatomía de la región, es esto de claridad meridiana; pero tampoco es necesario para que la operación resulte eficiente; sólo se trata de convertir un caso complicado, llamémosle así, en uno simple, y ya sabemos que para éstos bastan los procedimientos más sencillos, como lo atestigua la experiencia diaria.

Ahora veamos cómo los cirujanos han realizado la idea de reducir el orificio crural.

Delagénière divide el ligamento de Falopio en la parte correspondiente al anillo y sutura sus extremos sobre la cresta pectínea. Esto, se comprende, es de sencillísima ejecución.

Jabouley desprende dicho ligamento de su inserción al pubis.

Roux, de Lausanne, distinguidísimo cirujano de fama universal, clava el ligamento de Poupart con una grapa de tapicero niquelada, en la rama horizontal del pubis.

En el Congreso francés de Cirugía, celebrado en París en Octubre del año pasado, Roux presentó una serie de 136 casos de hernia crural operados por el procedimiento del clavo, con sólo dos reproducciones, sin caso alguno fatal, habiendo podido observar 56 por más de tres años.

Se ve, pues, que los hechos prueban que no es disparatado, ni mucho menos, hacer la fijación del ligamento de Poupart sobre la rama del pubis.

Como se han atribuído las escasas reincidencias que se observan con la práctica de este procedimiento al aflojamiento de las grapas, producido sin duda por la osteopoxosis, *Cavazzani* hace la fijación del ligamento por medio de hilos que pasa bajo la rama del pubis, mientras *Hammesfahr* hace la fijación pasando los hilos en canales practicados con el perforador en la rama horizontal, después que ha descubierto el hueso por el levantamiento de su periosto; substituye de este modo la mecánica con la fijación orgánica, quedando así definitiva.

Este procedimiento, tan bien pensado y de una técnica eminentemente quirúrgica, fué publicado el año pasado en el periódico alemán «*Zentralblat für Chirurgie,*» uno de los más caracterizados en el ramo, y yo he tenido la satisfacción de darlo aquí á conocer en detalle en un artículo que sobre hernias publiqué en el número correspondiente á Julio del presente año en la «Crónica Médica Mexicana.»

Cualquiera que estudie este procedimiento, verá que está muy lejos de merecer las acres censuras que le ha dirigido un médico mexicano, en un tono, por cierto, que no asienta á la seriedad que debe tener una publicación científica.

DR. MANUEL GODOY ALVAREZ,
Cirujano del Hospital General
y Ex-Ayudante voluntario en el Hospital «Hedwig,»
de Berlín.

México, Octubre de 1905.

SECCION XVII.

TERAPEUTICA

LA COMPLEJIDAD FARMACOLOGICA EN LA PRESCRIPCION MEDICA

Conferencia pronunciada en el XIV Congreso Internacional de Medicina
por el DR. JOSÉ R. CARRACIDO,
Catedrático de Química Biológica en la Universidad de Madrid.

(CONCLUYE.)

III

Saliendo del terreno genuinamente químico y entrando en el fisiológico, la necesidad de lo complejo para influir sobre el organismo, según sus propias condiciones, es demostrada por todos los fenómenos de la vida. No son radiaciones luminosas puras directamente emanadas del foco de iluminación las recogidas por el ojo, sino la luz difusa resultante de la asociación de aquellas radiaciones modificadas de innumerables maneras. Según experiencias de Loeb, los peces vivos en el agua del mar, mueren en una disolución de cloruro sódico en agua destilada, aun conteniendo la misma proporción de sal que la del medio líquido en que aquellos viven naturalmente. La alimentación es impracticable con especies químicas puras, es una violencia experimental que el organismo no puede soportar. El acto fisiológico que en mayor grado que otro alguno se reduce á procesos exclusivamente químicos, es la digestión, y según los trabajos de Pawlow, ¡qué distancia tan grande separa la peptonización artificial mediante el líquido clorhidro-pépsico de la natural á la que concurren los jugos gástrico, intestinal y pancreático actuando solidariamente y hasta modificándose cada uno de ellos según la índole de la materia albuminoidea qne ha de ser digerida!

No sólo en la totalidad de la vida, sino en cada uno de sus particulares fenómenos, la complejidad resalta siempre como condición natural del proce-

so fisiológico. En torno de la reacción química efectuada entre cada uno de los principios predominantes en las secreciones internas de las glándulas y las materias del organismo, sobre que ejercen especial acción, dada la complejidad de los dos factores, ¡cuántas reacciones accesorias se efectuarán, no como perturbadoras de la principal, sino como coadyuvantes de su papel fisiológico! La secreción de las cápsulas suprarrenales no es disolución sencilla de adrenalina en agua destilada, sino líquido complejo, como todos los orgánicos, y la acción beneficiosa en más alto grado al organismo, será la resultante de todos sus componentes que, modificando en cada caso la composición del medio, modifican correlativamente y al compás de las conveniencias orgánicas, la intensidad del efecto que haya de ejercer el principio activo, de la misma manera que el mercurio es menos tóxico en la molécula del suciuimido que en la del cloruro.

Las enseñanzas de la realidad que nunca dejan de ejercer su influjo en el espíritu humano apartándolo de los exclusivismos doctrinales aun en el período en que sus corrientes son más arrolladoras, no llegaron á conseguir que las fórmulas medicinales se redujesen en todos los casos á la sencillez de las especies químicas. Se continuó enviando á los enfermos á los establecimientos de aguas medicinales y la análisis química no cesó en la pesquisa de sus componentes por mínimas que sean las proporciones en que existan; y aquella prescripción que pudo parecer infundada, y supérflua la tarea del analista, las nuevas ideas de la ionización de los cuerpos disueltos en disoluciones diluídas, restablecen sobre principios sólidamente científicos el empleo de agentes terapéuticos antes desdeñados. Con igual criterio se ha dictado la fórmula de la *sal fisiológica de Poehl* en la que entran todos los componentes de las cenizas de la sangre para tener un líquido, que además de ser isotónico al suero sanguíneo, contenga todos sus iones.

Sin necesidad de estos comprobantes aportados por las nuevas doctrinas químicas, la observación clínica no cesó de reconocer en multitud de casos la superioridad de las asociaciones medicamentosas. Basta citar la del nitrito de etilo y acetato amónico, la del láudano y el cloral, la de la digital y el espíritu de nitro dulce, y los que practican vivisecciones conocen muy bien las ventajas de la asociación de la morfina y del cloral para la anestesia. Lauder Brunton, á quien nadie acusará de retrógrado y anticientífico, proclama en diferentes pasajes de sus obras, la conveniencia de la medicación compleja, señalando como modelo de diuréticos el *Haustus scoparii compositus*, poción en la que se asocian el tartrato potásico, diurético salino que modifica la composición de la sangre, el cocimiento de retama por la esparteína que contiene el aflujo sanguíneo hacia el riñón, y la tintura de enebro que estimula la actividad de los *tubuli* renales.

IV

Después de haber abogado más que por la conveniencia, por la necesidad de la complejidad farmacológica, en la prescripción médica, me anticipo á rectificar conceptos erróneos que pudieran atribuírseme.

La complejidad farmacológica que defiendo no es la constituída por el inmediato empleo de órganos y productos naturales: no incurro en el absurdo de sostener que se prescriba nuez vómica en vez de estricnina, y opio en vez de morfina. Como la presencia de las toxinas determina la producción de las antitoxinas, coexisten á veces en las plantas con unos alcaloides, otros que con

sus antídotos como en el jaborandi la pilocarpina y su antitético la jaborina, y de la asociación de los componentes no deben resultar *interferencias* producidas por la anulación de acciones contrapuestas, sino, hablando el lenguaje de la Acústica, *acordes consonantes*, como los de las mutuas y simultáneas acciones, cuya integral es el proceso fisiológico.

Sin embargo, en ciertos casos puede ser beneficioso el empleo de órganos ó de productos naturales en toda la complejidad de su composición, porque ante los resultados positivamente obtenidos, los principios calificados como inertes, los que Cl. Bernard llamó *ganga inútil* de las drogas medicinales, no deben ser desdeñados; es muy probable que actúen suministrando materia nutritiva á determinadas células exhaustas de alguno de sus componentes, ya por insuficiencia de la alimentación, ya por haberlo perdido en el curso de una evolución viciosa.

Conocida es la importancia de la *ley del minimum* en agronomía, y Bunge la extiende á la alimentación animal, llegando hasta suponer que la anomalía de no nutrirse algunos niños en el período de la lactancia, tomando leche, al parecer suficientemente rica en principios alimenticios, debe ser motivada por la falta de fluor ó de otro de los elementos que en proporción mínima forman parte del organismo, y cuya falta no permite la integridad de su desarrollo; y quizá alguno de esas medicamentos de acción positivamente beneficiosa y que no contienen principio activo (los analépticos, por ejemplo), sean vectores de cualquiera de los elementos comprendidos en la citada ley del mínimum, el cual no puede ser asimilado, sino en asociación compleja, de la misma manera que el calcio y los demás componentes de las cenizas del organismo no son asimilados si no se ingieren formando parte integrante de los alimentos orgánicos.

Los experimentos de Forster y Lunin pusieron en claro que no basta para la alimentación de los animales la mezcla de los principios inmediatos y de las especies químicas de índole mineral existentes en el organismo; es indispensable dar materias organizadas, de lo que se infiere que el verdadero alimento exige unión más íntima que la mezcla artificial de los componentes del organismo, y los lazos de intimidad que la eficacia nutritiva reclama son los de la complejísima combinación de todos los elementos biogenésicos, formando verdaderas unidades químicas conceptuadas mezclas indefinidas, no porque lo sean, sino por la imposición del estrecho criterio, que sólo considera especies químicas las que en su constitución aparecen subordinadas á las leyes preestablecidas, como la geometría conceptúa formas irregulares las de los organismos, porque la limitación de la capacidad intelectual humana impide someterlas á la disciplina del método matemático.

Reconocidas la compleja constitución de la materia organizada y la exigencia de nutrirse con sus análogas, no es absurdo suponer que el conjunto de composición indefinida tradicionalmente denominado *principio extractivo* sea vehículo de algún elemento nutritivo que en forma asimilable lo lleva á los líquidos del organismo, convirtiéndolos en alimento completo de un género de células desnutridas, restableciendo así la armonía de la nutrición celular.

Imaginando las formas superiores de la vida como asociación *simbiósica* de diversos elementos celulares bañados en sus líquidos de cultivo, se comprende el gran número de condiciones cualitativas y cuantitativas que reclama la nutrición perfecta de los metaorganismos prolijamente diferenciados. De igual

modo que ciertas plantas forrajeras elaboran escasa cantidad de substancias protéicas, es decir, se nutren mezquinamente si no suministran al *microbio de Ellenbach*, que con aquellas vive en simbiosis, pentosas, aunque abunden las exosas, todas las funciones del organismo humano se perturbarán si las neuronas, por ejemplo, no reciben, en forma asimilable, todos los componentes de su alimentación, y sólo reparando la insuficiencia nutritiva, la normalidad será recuperada. Es probable que la desdeñosamente llamada ganga inútil desempeñe en ocasiones la misión utilísima de llevar en el seno de su masa compleja é indefinida determinados principios alimenticios en proporción más elevada que la en que están contenidos en la alimentación normal, y actúe entonces con apariencias de medicamento, restableciendo la armonía del mecanismo funcional.

Como los sucesivos perfeccionamientos del microscopio lo complican cada vez más, dotándolo de objetivos apocromáticos que aspiran á la perfección de la lente del órgano visual, de graduadores de la iluminación que remeden la variabilidad de la pupila, y de movimientos de la más extremada delicadeza, semejantes á los de los músculos que tienen por objeto variar la distancia focal, todo con el fin de buscar dentro de la amplificación de la imagen la mayor suma posible de las condiciones en que se efectúa la visión normal, el medicamento debe asemejarse á los factores naturales del proceso bioquímico y templar la violencia y la crudeza de la especie química aislada (de la *base*) en coadyuvantes, correctivos é intermedios racionalmente asociados y con función propia en el conjunto, como los órganos de una máquina en la cual ninguno sobra y todos se coordinan en el trabajo del mecanismo.

LAS ENTERO-COLITIS Y SU TRATAMIENTO.

En la revista de los últimos órganos de la prensa médica extranjera hemos encontrado dos artículos de los cuales desearíamos dar cuenta á nuestros lectores, el uno sobre la «Acción y efectos terapéuticos de la Escopolamina» y el otro sobre «El tratamiento de las entero-colitis,» afección tan frecuente en todo el mundo. He aquí las ideas que juzgamos acertadas del Dr. Monin, antiguo conocido nuestro y terapeuta distinguido, que generalmente inserta sus trabajos en el periódico francés, bastante conocido en México, *La Dosimétrie*.

Para él y razonablemente las causas principales de la entero-colitis y de su progresivo aumento entre todas las clases sociales, pero sobre todo entre la clase media, son sobre todo la frecuencia del nervosismo, los errores en el método de alimentación desde la infancia y el abuso de los alimentos azoados originando la constipación y los residuos pútridos que significan un fertilísimo terreno para el desarrollo de las colonias microbianas. En la etiología de este común padecimiento asimismo hace ingresar la influencia de la gripa, endemo-epidémica desde hace algunos años por doquiera, el terreno artrítico y dispéptico, víctima de un acidismo exagerado ó de una insuficiencia hepática; y en el bello sexo también la permanente constricción del corsé entorpeciendo y modificando las relaciones normales de las vísceras del abdomen, así como los padecimientos de sus órganos sexuales internos tan frecuentes en nuestra época.

Y para no incurrir en omisiones, señala también Monin como candidatos siempre favorecidos por las entero-colitis á los intemperantes, á los agotados por un trabajo físico ó intelectual excesivo, á los emotivos y muy impresionables por los cambios atmosféricos, etc.

Para el autor la entero-colitis muco-membranosa es, como algunos otros patologistas también lo han indicado, no solamente una flegmasía, sino también una neurosis secretoria á la cual no tarda en asociarse la infección para constituir una especie de entidad patológica híbrida, una *hija del neuro-artritismo y de la infección intestinal.*

Aceptando esta filiación de la enfermedad, su terapéutica debe estar en consonancia con las indicaciones inherentes á ambos factores, siendo naturalmente la base fundamental, porque muy á menudo el estómago es la causa de esos trastornos, ya sea que haya hiperestenia gástrica con irritante acidez del quimo ó ya sea que la evacuación del ventrículo sea demasiado rápida en un dispéptico nervioso é hipoclorhídrico, caso frecuente en el cual es preciso atender oportunamente los síntomas lientéricos que preceden y anuncian la entero-colitis muco-membranosa.

Para dominar esa incoordinación de la función intestinal, atónica á veces y espasmódica las más, esa *entero-ataxia,* como pintoresca y acertadamente la llama Monin, aconseja el uso de la Hiosciamina, la Canabina y la Estricnina, dando una ó dos veces al día ó más si fuere preciso, un gránulo de cada substancia para modificar la inervación vaso-motriz del plexus solar, no olvidando sin embargo que es el régimen dietético la columna principal del tratamiento. El uso regular del Sedlitz Chanteaud hará regulares las excreciones evitando los cólicos y la expulsión de las mucosidades que acompañan las evacuaciones muchas veces fétidas que evidencian la infección y por ende la urgente necesidad de administrar los antisépticos intestinales. Monin acostumbra prescribir al principio de las comidas una oblea con 25 centigramos de Benzonaftol, Betol, Salacetol y Salol y entre los alimentos, cada 2 horas, 3 gránulos de Sulfhidral y 3 de Helenina, afirmando que la acción del primero es realmente admirable.

Cuando el eritismo nervioso prevalece después de la crisis aconseja Monin el uso de los gránulos de óxido de zinc y de monobromuro de alcanfor alternativamente cada hora. Para el tratamiento de la flatulencia, de la constricción mesogástrica después de las comidas con sensación de angustia, cansancio, insomnio, vértigos y enflaquecimiento aconseja el Sulfhidral después de las comidas y Sal de Grégory ó Polvo de Dower al acostarse. La Hipocondría y la neurastenia es frecuentemente una consecuencia de las entero-colitis y ceden con alguna dificultad al tratamiento, del cual como dijimos al principio, el régimen es la base más segura y de mayor importancia.

El autor hace notar que alguna vez se limita el proceso á la S ilíaca pudiendo complicarse ésta *sigmoiditis muco-membranosa* que se complica á veces de peritonitis localizada y cuyo diagnóstico diferencial es de suma importancia teniendo como uno de los síntomas habituales y reveladores el de una especie de tumor cilíndrico en la fosa ilíaca izquierda: en estos casos es preciso recurrir, sobre todo, al Sedlitz Ch. Chanteaud para evitar la coprostasis así como á los enemas oleosos.

También hace notar que la gravela intestinal es común en el período que precede á las muco-membranas. Los enfermos arrojan materias duras, secas ó laminadas por estar recargadas de principios calcáreos. En tal evento,

es de rigor dar después de la cena dos gránulos de podofilina ó de evonimina. Si el terreno en que se desarrolla este proceso es sospechoso de artritismo ó gota, la colchicina y el salicilato de sosa están indicados. Naturalmente débese hacer la distinción exacta de la verdadera litiasis intestinal y de la accidental debida á cuerpos extraños ingeridos ó residuos de legumbres secas y originadas también por la aplicación de ciertas substancias medicamentosas como el bismuto, la magnesia, la creta preparada, el salol, el fosfato tribásico de cal, etc. Este fenómeno se hace más notable cuando tales medicamentos se prescriben en obleas, en las cuales se ha comprimido el polvo demasiado entorpeciendo su difusión, por lo cual Monin recomienda que se prescriban las substancias pulverulentas en soluciones ó pequeños paquetes envueltos en un fragmento de oblea humedecido.

Nada ciertamente tenemos que añadir á la terapéutica preconizada por el Dr. Monin, permitiéndonos tan sólo acentuar la acción en extremo benéfica de la Hiosciamina sobre la cual en el transcurso de 8 años que cuenta la «Crónica» de vida, hemos llamado repetidas veces la atención de nuestros lectores, pues cada día con mayor acopio de hechos defendemos con más fervor y convicción sus efectos terapéuticos señaladísimos.

Pero aprovechando la ocasión de tratarse de la auto-intoxicación intestinal, vamos á agregar unas cuantas palabras sobre ella, pues desde que por el Prof. Bouchard y los trabajos de Albu fué establecida, es un dato que jamás debe olvidarse en el tratamiento de las afecciones del canal digestivo.

Hay que recordar que en los productos de la fermentación anormal hidrocarbonada figuran los ácidos fórmico, acético, propiónico, butírico, valeriánico, láctico y sucínico; el hidrógeno, el ácido carbónico y el hidrógeno carbonado; y que en los productos de la putrefacción de la albúmina se revela el amoníaco y además del ácido carbónico é hidrógeno sulfurado se produce metilmercaptan, cistina, leucina, fenol, indol, escatol, tirosina, alcaptón, ácido asparagínico y las llamadas ptomainas y toxalbúminas.

La producción y retención de todos estos productos provocan naturalmente una serie de fenómenos morbosos de parte de los aparatos digestivo, respiratorio, renal, de la piel y del sistema nervioso, sin que hasta hoy sea posible aún determinar cuál sea el verdadero papel tóxico de cada uno de estos productos de descomposición, pero cuyas manifestaciones revelan con toda evidencia la intoxicación que el organismo sufre. La diarrea y los vómitos, la cefalalgia, los vértigos, el malestar general, las palpitaciones, y en los niños los fenómenos eclámpticos que con este motivo se observan tan á menudo. El Asma, la dispnea, la urticaria y el eritema, así como las alteraciones de la orina (hidrotionuria, acetonuria, etc.), y hasta la clorosis y la leucemia en los casos rebeldes y de larga duración, confirman la importancia de estas intoxicaciones que, si no se encuentran bien definidas todavía, son sin embargo indiscutibles.

El evitar la producción de los agentes tóxicos en el intestino solamente en parte podrá obtenerse con la severidad de un régimen muy bien meditado. El evitar su absorción se encuentra todavía fuera del alcance de los medios que nos es dable emplear y la destrucción de esos venenos por contravenenos químicos es asimismo una utopía á pesar de los progresos innegables de la química moderna. Por consiguiente, sólo nos queda el positivo recurso de lograr

su eliminación excitando el funcionamiento de los principales emunctorios. Para obtener el éxito necesitaremos, obrando sobre todo sobre el canal digestivo, recurrir á los purgantes salinos suaves: el Sedlitz Chanteaud nos agrada muchísimo. El Sulfhidral también en semejantes casos nos ha dado resultados bien marcados. El riñón y la piel deben asimismo estimularse por los medios más adecuados.

DR. E. L. ABOGADO.

SECCION XXVIII.

REVISTA DE LA PRENSA MEDICA EXTRANJERA

C. G. BLOCH: **Contribución á la patogenia de la úlcera gástrica.**—(Hospitalstidende, 1905, núms. 1 y 2. Copenhague. Dinamarca).—El autor refiere primero brevemente los más importantes puntos en la etiología de dicha úlcera que ya están conocidos: I. Que por lo general está situada en la vecindad de la curvatura menor, sea en ella misma, sea en las partes más próximas de la pared anterior ó posterior y con mayor frecuencia de la última; II. Que el jugo gástrico desempeña cierto papel en el desarrollo de la úlcera; III. Que es indispensable, que la pared gástrica padezca de cierta manera para que el jugo pueda ejercer su influencia deletérea. Sin embargo, una inteligencia completa de la patogenia no existe; ni las investigaciones anatomo-patológicas ni las experimentales han contribuído mucho á esta comprensión. En los experimentos se ha obtenido por lo regular solamente úlceras pequeñas y de poca duración y que no tuvieron ni forma ni sitio carasterístico; en los únicos casos en los cuales se ha logrado el producir úlceras bastante características, se han usado procedimientos (corte de la médula espinal, etc.), que han alejado las condiciones demasiado de las que se encuentran en la vida natural. Especial interés, por las consideraciones siguientes del Sr. Bloch, tienen algunos experimentos practicados por Matthes quien ha visto que cuando se extirpa un fragmento de la mucosa gástrica, se acercan los alrededores á la lesión cubriéndola, si es pequeña, totalmente; si es grande, sólo parcialmente; este hecho es el resultado de una contracción muscular; se desarrollan úlceras únicamente, cuando se evita la contracción muscular, fijando al lado peritoneal de la pared gástrica un anillo de cristal en el mismo lugar donde se extirpa la mucosa.

El Sr. B. ha examinado varios estómagos de infantes que habían muerto por infección intestinal y que habían vomitado mucosidades de color amarillo oscuro; en las autopsias ha encontrado pequeñas pérdidas de substancias con infiltración de los tejidos con sangre, situados en la parte pilórica y cerca de la curvatura menor; practicando después el examen microscópico se encontró con hemorragias pequeñísimas en todas partes del estómago. Se vieron todos los grados de transición, desde coágulos de sangre cubiertos de células epiteliales bastante bien conservadas hasta ulceraciones que habían destruído parte de la musculosa.

El autor concluye que no es bastante para que una pérdida de substancia pueda desarrollarse, que la circulación de la sangre se haya interrumpido en cierto lugar; pero que además es indispensable que las células epiteliales ha-

yan sido destruídas; son estas células las que por sus partes exteriores mucosas oponen resistencia al efecto corrosivo del jugo gástrico; el mismo B. ha visto siempre en estado normal en las células epiteliales una parte exterior mucosa; las células en forma de copa, así como se las encuentra en el intestino, las ha visto únicamente en el estómago en casos de achylia gástrica ó causa de gastritis crónica.

Por lo demás, se puede inducir de los resultados ya mencionados, que para la mayor parte son las hemorragias que tienen sus sitios en la parte pélvica y en la vecindad de la curvatura menor, las que dan lugar á la formación de abscesos.

La citada relación, la mayor frecuencia de la úlcera en dichos lugares, ha sido explicada de maneras muy distintas; el autor demuestra la falta de probabilidad de las diversas teorías y opina poder substituirlas por otra más probable. El ha demostrado en exámenes publicados hace algunos años, que el estómago, habiendo sido fijado luego después de la muerte por infección en la cavidad abdominal, en solución de formalina, tiene apariencia muy distinta, según el estado de dilatación. El estómago contraído, casi cilíndrico, obtiene su tamaño mayor á causa de que la curvatura mayor se aleja de la menor, que conserva casi sin alteración su posición y extensión. Por consecuencia, la mucosa queda también sin alteración en los alrededores de la curvatura menor, siempre poco plegadiza; en los de la curvatura mayor, al contrario, está casi llena cuando el estómago está en estado de dilatación; pero muy plegadiza cuando está en estado de contracción.

Fundándose en estos datos y en vista de los experimentos de Matthes Bloch, expone lo siguiente: *En las partes donde la pared estomacal se contrae bien, en el fondo y en los alrededores de la curvatura mayor, casi nunca se encuentran las úlceras. Donde las contracciones se verifican con fuerza un poco menor, en la pared anterior y posterior, se encuentran algunas veces. En la parte pilórica, donde hay poca alteración, ya son bastante frecuentes; pero con la mayor frecuencia se encuentran en la vecindad de la curvatura menor, donde el estado de la mucosa es siempre casi el mismo.*

Por consecuencia: la causa de la mayor frecuencia de las úlceras en determinadas localidades, se encuentra en las condiciones anatómicas especiales. La lesión original causante se encuentra, probablemente con frecuencia idéntica, en todas las partes del estómago.

Esta teoría explica también la forma oblicua de la úlcera, efectuándose, durante la contracción, una transposición relativa de las túnicas de la pared. Explica también el hecho de que el único método que ha dado resultado en los experimentos, ha sido el destruir las conexiones nerviosas del estómago, puesto que para efectuarse de un modo natural la contracción, es indispensable la conexión nerviosa intacta.

El autor hace resaltar que solamente ha procurado explicar uno de los factores, siendo indudablemente varios, de la patogenia de la úlcera gástrica. La hiperacidez ciertamente es otro. Pero deben ser más todavía los hay desconocidos.

DR. HAROLD SEIDELIN.

México.

NECROLOGIA

TRABAJOS DEL DR. ANGEL CONTRERAS.

Trepanación.—Un caso más de absceso en el hígado, curado por una sola punción.—Pleuresía purulenta.—Pleurotomía antiséptica, curación. Observaciones clínicas recogidas por el alumno Anacleto Merino, seguidas de breves reflexiones por el profesor A. Contreras.—Fisura craneana, Trepanación, Curación.—Extracto de sus lecciones de Clínica en el Hospital General del Estado de Puebla.—Cataratas, Operación, Curación.—Fractura de la clavícula y el omóplato.

Absceso del hígado, Operación, Curación.—Descripción de la Megalodactilia.—Herida de la piel cabelluda y del cráneo superficial, hecha con machete.—Fístulas urinarias en la región perineal por extensión blenorrágica.—Fractura del cráneo, Trepanación, Meningo-encefalitis supurada, muerte.—Fractura del cráneo estrellado y con hundimiento, Trepanación, Curación.—Absceso de hígado abierto por los bronquios, Punción, Canalización, amplia abertura y resección de costillas, muerte.—Otitis, inflamación de las celdillas mastoides, Trepanación.—Estrechamientos uretrales, fístulas.—Elefantiasis.—Linfadenoma.—Raquitismo.—Gangrena ateromatosa.—¿Qué es la clínica?—¿Cómo debemos cursarla?—Heridas penetrantes de pecho.—Quiste mixto, dos ovarios.

Crónica Médica Mexicana.—*Tomo I.*—La talla hipogástrica.—*Tomo II.*—Lección Inaugural del Curso de Clínica Externa. Cómo debe hacerse el examen clínico de los enfermos.—*Tomo IV.*—Ascitis por cirrosis atrófica del hígado, tratada quirúrgicamente.—*Tomo V.*—La Hemostasis quirúrgica.—*Tomo VIII.*—Lección Inaugural del Curso de Clínica Externa.—Curación de las heridas.

NOTAS.

UNA JERINGA DE LUER.

De las utilísimas jeringas de este autor, tan estimadas por la perfección de sus ajustes y su buena clase, que un estimado amigo y compañero nuestro puso á la venta algún tiempo ha, solamente nos queda una, que ponemos á la disposición de nuestros lectores al precio de costo, como fueron vendidas todas las que formaron el lote primitivo.

SUMARIO.

Sección V.—Contribución á la Patología de la anemia, por el Dr. Joseph Ferrua.—La Falacia del mosquito en la fiebre amarilla, por el Dr. Agustín M. Fernández de Ibarra, residente en Nueva York. (Continuará.)—Sección VI.—Algo de Cirugía en sus relaciones con la Fisiología, por el Dr. Heladio Gutiérrez. (Continuará.)—Algunas palabras sobre la cura operatoria de la hernia crural, por el Dr. Manuel Godoy y Alvarez.—Sección XVII.—*Terapéutica.* La complejidad Farmacológica en la prescripción Médica, por el Dr. José R. Carracido. (Concluye.)—La entero colitis y su tratamiento. por el Dr. E. L. Abogado.—Sección XXVIII.—Revista de la Prensa Médica Extranjera, por el Dr. Harold Seidelin.—Necrología.—Notas.

TOMO VIII. MÉXICO, NOVIEMBRE 1º DE 1905. NÚM. 11.

CRONICA MEDICA MEXICANA

REVISTA DE MEDICINA, CIRUGIA Y TERAPEUTICA
(ESPECIALMENTE ALCALOIDOTERAPIA Y OPOTERAPIA)

ORGANO DEL CUERPO MEDICO MEXICANO.

DIRECTOR PROPIETARIO

DR. ENRIQUE L. ABOGADO,

Miembro correspondiente de la «Societé Obstétricale de France, París» y honorario de la «Societé de Thérapeutique Dosimétrique de París.

JEFES DE REDACCION:

Dr. Duque de Estrada, Juan.—Profesor adjunto de Obstetricia de la E. N. de Med.
Dr. Godoy Alvarez Manuel.—Cirujano del Hospital General.
Dr. Mejía, Demetrio.—Profesor de Clínica Interna (3er. año) de la E. N. de Med.
Dr. Suarez Gamboa, Ricardo.—Cirujano del Hospital *Morelos*.
Dr. Vazquez Gomez, Francisco.—Profesor de Patología Externa de la E. N. de Med.
Dr. Zarraga, Fernando.—Profesor adjunto de Obstetricia de la E. N. de Med.
Sres. Dres. Manuel Carmona y Ramon Reynoso.—Sección de Medicina y Cirugía Dental.
Prof. Juan B. Calderon.—Preparador de Farmacia é Hist. de Drogas de la E. N. de Med.
Prof. Jose de la L. Gomez.—Sección de Medicina Veterinaria.

SECCION V.

LA FALACIA DEL MOSQUITO EN LA FIEBRE AMARILLA

CRITICA DE LA TEORIA ETIOLOGICA
DEL MOSQUITO HEMBRA DE LA ESPECIE STEGOMYIA FASCIATA EN LA FIEBRE AMARILLA

POR EL

DR. AGUSTIN M. FERNANDEZ DE IBARRA

Residente en Nueva York.

(Continuación.—Véase el número anterior, págs. 257 á 263.)

Los puntos científicamente vulnerables en la serie de experimentos llevados á cabo por la Comisión de cirujanos del Ejército de los Estados Unidos, en una pequeña casa de madera, construída de exprofeso y situada en un campo abierto y sin cultivo, en terreno alto y seco, á mucho mayor altura que la ciudad de la Habana, á una milla separada del pueblecillo de los Quemados, distante 9 kilómetros en dirección Suroeste de aquella capital, y, además, alejada unos 4 kilómetros de la costa, son, en mi concepto, los siguientes:

1º—Que según manifiestan los mismos experimentadores en su informe oficial: «De un total de 18 personas que fueron inoculadas por medio de mosquitos contaminados con la sangre de personas no inmunes, desde que dimos principio á esta serie de experimentaciones, 8 ó séase el 44.4 por 100 contrajeron la fiebre amarilla.» [1]

1 Informe de la Comisión, leído en el Tercer Congreso Médico Pan-Americano, que se celebró en la Habana del 4 al 7 de Febrero de 1901.

Y yo á esa manifestación contesto: Que esas cifras estadísticas bajo ningún concepto pueden formar base científica para fundar en ella un descubrimiento tan revolucionario y de tanta trascendencia como el que pretende esa Comisión haber realizado.

Verdad es que luego hace la referida Comisión la salvedad siguiente: «Si excluímos aquellos individuos picados por mosquitos que habían sido guardados menos de doce días después de su contaminación, y que por consiguiente era probable que fuesen incapaces de transmitir la enfermedad, tendremos que registrar ocho casos de resultado positivo y dos negativos—80 por 100.»

Pero á mi juicio esta exclusión condicional en lugar de dar valor convincente á las cifras estadísticas anteriormente expresadas, como sin duda fué el propósito de la Comisión al consignarla, le restan fuerza y valor. Por estas razones: 1ª—Si se hicieron esos experimentos con mosquitos que habían sido guardados *menos de doce días después de su contaminación,* fué ciertamente porque se les consideró capaces de transmitir la enfermedad. De lo contrario esa Comisión científica sufriría descrédito al manifestar que había hecho experimentaciones reconocidas de antemano como inútiles; 2ª—Si del total de 18 personas no inmunes inoculadas con mosquitos contaminados hubo 8 que contrajeron la enfermedad, las 10 personas restantes tenían por fuerza que haber sido inútilmente picadas por los referidos mosquitos de menos de doce días de estar contaminados, á fin de que las cuentas de la Comisión fueran exactas, y dieran sus números el 80 por 100 de personas *que no contrajeron por esa causa la enfermedad,* y que, sin embargo, la Comisión sí las da como *ocho casos positivos de transmisión de la enfermedad,* siendo tan sólo *dos* los *negativos.* De lo cual resulta una sofisticación de números manifiesta, puesto que se suman cantidades heterogéneas; y 3ª—Que de lo expuesto se deduce que del total de 18 personas no inmunes inoculadas con mosquitos contaminados con la sangre de individuos atacados de fiebre amarilla, 8, ó séase el 44.4 por 100, fué con mosquitos *de más de doce días de estar contaminados,* y 10, ó sea el 55.5 por 100 lo fueron con mosquitos *de menos de doce días de haber sido contaminados,* demostrándose así que fué mayor en un 11.1 por 100 los casos de experimentos inútiles que llevó á cabo la Comisión; y 4ª—No especificándose detalladamente los nombres de las personas inoculadas con la picadura de los mosquitos, la fecha de la inoculación, los nombres de los enfermos de fiebre amarilla con cuya sangre aquellos mosquitos habían sido contaminados, así como también la fecha del ataque del enfermo de quien se derivó la infección, y la fecha en que principió la enfermedad de los que de esa manera se contagiaron, resultan amañadas y acomodaticias todas esas cifras estadísticas. Y sabido es que en las cuestiones científicas, para que merezcan el nombre de tales, hay que proceder siempre con escrupulosa exactitud y transparente diafanidad.

En Agosto de 1901 nuevas experimentaciones tuvieron lugar en la Habana, esta vez en el hospital de enfermedades infecciosas nombrado «Las Animas,» por el Dr. Juan Guiteras, y de un total de 7 casos infectados con mosquitos fallecieron 3.[1]

Quedaba en consecuencia, al parecer, demostrado de ese modo (y así se ha proclamado á grandes voces) no ser siempre benigna la fiebre amarilla experimental. La exigencia, ó mejor dicho, la deficiencia de la nueva teoría etiológica de esa enfermedad, en este particular, la proporcionó el Dr. Guiteras, uno

1 Véase «*American Medicine,*» Noviembre 23 de 1901, página 811.

de los miembros de la antigua Comisión americana para el estudio de la fiebre amarilla en Cuba (1879), compañero entonces y amigo particular y muy consecuente siempre con el Dr. Sternberg, inspirador y promotor de dicha teoría. Pero hay que tener presente, además de esa circunstancia atenuante, que estos últimos experimentos se llevaron á cabo *en un hospital de enfermedades infecciosas*, donde había un gran número de enfermos de fiebre amarilla, y que *todos los individuos inoculados eran empleados de aquel mismo hospital* «Las Animas.»

Sus organismos (particularmente sus pulmones) si no estaban por lo tanto ya contaminados, tenían el germen de la enfermedad en estado latente, y en disposición de evidenciarse á la primera oportunidad.

Uno de los tres casos fatales fué una señorita americana, Miss Maas, empleada como enfermera en dicho hospital, y á la que se ha llamado con bombos y platillos «una heroína de la ciencia;» pero en mi concepto fué ella una de las víctimas propiciatorias de un invento.[1]

2º—Que el edificio en que se depositaron las ropas contaminadas, y en el cual los individuos no inmunes con quienes se hicieron los experimentos *solamente dormían*, no se hallaba bajo ningún concepto en las mismas condiciones higiénicas, atmosféricas y de otras varias clases, en que se encuentran las casas en las ciudades y pueblos en que en Cuba hacía entonces su aparición, y se propagaba, la fiebre amarilla. Dicho edificio, por el contrario, era, en las mismas palabras en que lo describe la Comisión, una casa muy distinta en todo y por todo á las moradas cubanas. He aquí, textualmente traducida del informe oficial, dicha descripción:[2]

«Para este objeto se construyó en Campo Lazear (este era el apellido de uno de los miembros de la Comisión, que falleció en la Habana) una casita de madera, consistente de una sola habitación de 14 por 20 pies, y conocida como «Edificio nº 1.» ó el «Edificio de ropa de uso y de cama infectada.» La capacidad cúbica de esta casa era de 2,800 pies. Estaba provista en su interior de un bien ajustado cielo raso de tabloncillos de madera machiembrados, y muy bien cerradas las junturas de las tablas en su parte exterior. Su frente daba al Sur, y estaba provista de dos pequeñas ventanas, cada una de 26 por 34 pulgadas de tamaño. Estas dos ventanas se hallaban en el costado Sur del edificio, y el objeto de esto era impedir en todo lo posible la circulación del aire dentro de la casa. Se hallaban estas ventanas cerradas con tela metálica, clavada permanentemente, de mallas de 0.5 milímetros de abertura; además, tenían unas vidrieras corredizas en su parte interior, y en la parte exterior gruesas persianas de madera, estas últimas con el objeto de impedir la entrada de la luz del sol dentro del edificio, pues se consideró que era conveniente que las cualidades desinfectantes de la luz del sol, directa ó difusa, ejercieran su acción en cualquier tiempo en las ropas que había dentro de esa habitación. La entrada se efectuaba á través de un pequeño vestíbulo, de 3 por 5 pies, también situado en el costado Sur de la casa. Este vestíbulo estaba protegido en su parte exterior por una sólida puerta, y se hallaba dividido en su

1 Pudiérase llamarle hasta una invención artística, si se quiere; pero bajo ningún concepto *científica*, porque no lo es.

2 Véase el informe oficial de la Comisión, publicado en el volumen de actas del Tercer Congreso Médico Pan-Americano, y en los *Proceedings of the 28th. annual meeting of the American Public Health Association.*

mitad céntrica por una puerta de tela metálica, que giraba sobre visagras con resortes (á fin de que se mantuviese siempre cerrada). La entrada interior del vestíbulo estaba también cerrada por una segunda puerta de tela metálica, igual á la anterior. De este modo quedaba eficazmente impedida la entrada en la habitación á los mosquitos.»

En mi opinión era esta casa, en suma, en el clima tropical de Cuba, y en los meses de verano, que fué cuando se hicieron los experimentos, una especie de auto-clave. Y si de ello hubiese todavía alguna duda, véase lo que inmediatamente después de esa descripción dice en su informe oficial la referida Comisión:

«Durante el día, y hasta después de puesto el sol, la casa permanecía completamente cerrada, mientras que, por medio de un apropiado aparato de calefacción, se elevaba la temperatura hasta 920 y 950 Fahrenheit.»

En mi concepto, no debió de ninguna manera ser así.

Esta pequeña casa de madera, recientemente y de exprofeso construída, además de hallarse aislada, en un campo despejado y yermo, á una milla del poblado de los Quemados, que está distante unos 4 kilómetros en dirección Sur de la costa Norte de la isla (que es precisamente la dirección contraria á las brisas del mar en aquel lugar), ocupaba un terreno alto y seco y bien drenado, tenía su piso de tabloncillos muy unidos y elevado á dos ó tres pies ingleses de la superficie del terreno, su tejado era muy bueno, á prueba de goteras, y, en fin, se encontraba toda ella, con excepción de los efectos contaminados que contenía, en excelentes condiciones sanitarias.

El edificio en que se hicieron esos experimentos debió haber sido una casa cualquiera de las que se usan como morada en la Isla de Cuba, con todos sus defectos de construcción y sus deficiencias sanitarias, y no construída toda de nuevo con grandes precauciones sanitarias, y expresamente para el caso; debió hallarse situada dentro del casco de una población MARÍTIMA, puesto que se sabe muy bien que los aires del mar son necesarios para el desarrollo de la fiebre amarilla; debió haber sido una casa donde entrasen libremente los rayos del sol, que si bien en ciertas condiciones poseen cualidades desinfectantes, en otras, como en el caso presente, promueven la descomposición orgánica y la putrefacción; en la que igualmente circulase con toda libertad el aire, caliente ó frío, seco ó húmedo, según estuviese la atmósfera ambiente; sin que hubiese en dicha casa aparato alguno de calefacción ó estufa de ninguna especie, que pudiera desinfectar, ni poco ni mucho, la ropa contaminada que había allí dentro, puesto que en el clima tropical de Cuba, y en el verano mucho menos, no era absolutamente necesaria la estufa para mantener la atmósfera de la habitación á una elevada temperatura; debió ser una casa situada en un ambiente infectado de fiebre amarilla, y no en una localidad *inmune* y en excelentes condiciones sanitarias. En una palabra, *una casa bajo todos conceptos en exactamente las mismas condiciones naturales en que se encuentran las casas en que en Cuba se desarrollaba y propagaba entonces la fiebre amarilla.*

La única diferencia debió haber consistido en la provisión de láminas permanentes de tela metálica, que cerrasen todos los huecos de las puertas y ventanas, para impedir eficazmente la entrada á los mosquitos.

Si así se hubiera hecho, OTRO MUY DISTINTO SIN DUDA habría sido el resultado obtenido.

3°—Que los individuos con quienes se hicieron los experimentos, creyén-

dolos susceptibles de contraer la enfermedad, no fueron elegidos con todo el debido cuidado y la escrupulosidad necesaria para evitar que entre ellos hubiese inmunes.

Se gratificaba con *cincuenta pesos en oro americano* á cada individuo que se sometía voluntariamente á los experimentos, y como estos individuos, en su gran mayoría, eran inmigrantes españoles muy pobres que acababan de desembarcar, ó soldados rasos del ejército americano (entonces de guarnición en aquella isla), que confiaban obtener una gran popularidad entre sus compañeros, ó quizás un ascenso, por su valentía en someterse á una prueba tan peligrosa, es fácil comprender la tentación que se les ofrecía á esos individuos para mentir.

Otro incentivo para ellos era pasar, al mismo tiempo que cogían los cincuenta pesos, unos cuantos días de fiesta y diversión, muy bien comidos, bebidos y agasajados, máxime teniendo la convicción secreta (el poderoso *arrière pensée* de los franceses), de que no les había de dar la fiebre amarilla por ser ya inmunes á ella. Se asegura *sotto voce* en la misma ciudad de la Habana que efectivamente hubo, por lo menos, dos casos de esta clase de inmunes entre los individuos con quienes se hicieron los experimentos.

4°—Que estos individuos ocuparon tan solo el llamado «edifico infectado» (el cual en mi concepto no lo estaba como era debido) DURANTE LA NOCHE, y por la mañana temprano se les permitía salir de aquella habitación é ir á una tienda de campaña situada en la vecindad, donde permanecían todo el resto del día. Allí, fuera del foco de infección, con otra ropa distinta á la que habían usado durante la noche, en un ambiente puro y sano, *libres de la peligrosa contaminación de los aires del mar*, eran espléndidamente alimentados y festejados.

Deseo que los hombres científicos imparciales fijen su atención en esta especie de trabajo de Penélope, en este sucesivo tejer y destejer, en este diario hacer y deshacer, con el cual la acción infectante y contaminadora de las ropas y objetos infectados, que había dentro de dicho edificio, quedaba luego neutralizada en el organismo de aquellos individuos DURANTE TODO EL DÍA, con el cambio de ambiente respiratorio, de ropa, de localidad, etc., y el extraordinario refuerzo vigorizante que recibían aquellos organismos, una vez fuera de la casa contaminada, con los substanciosos alimentos y fortificantes bebidas, y el exhilarante efecto moral de los agasajos y lisonjas que por su «heroicidad en obsequio de la ciencia» se les prodigaba á esos hombres durante todo el resto del día.

Léase á continuación lo que con relación á los individuos con quienes se hicieron idénticos experimentos en el Brasil, dice el Dr. Nuno de Andrade, de Río de Janeiro:[1]

«En San Paulo la experiencia fué repetida, en idénticas condiciones, en el Hospital de Aislamiento, con tres italianos. La descripción, consignada en el relatorio de 15 de Junio último (1903) es bastante explícita.

«La atmósfera de la pieza (habitación) del hospital en que se hallaban volvióse insoportable, y la Comisión incumbida en testimoniar la experiencia resume de este modo lo que notó:

«Era tal la impregnación del aire, que nos sentíamos *completamente sofo-*

1 «Anales de Sanidad Militar,» de Buenos Aires, año VI, núm. 2, páginas 143 y 144, correspondiente á Febrero de 1904.

cados, siendo particularmente *intensa y desagradable* la sensación de *moho archiconcentrado* que experimentábamos en la garganta.»

«La experiencia duró 10 noches para el primer paciente, 9 para el segundo y 8 para el tercero.

«El primero de Mayo, los tres italianos que se sometieron á la prueba estaban en condiciones saludables así traducidas por la Comisión: «Verificamos que los pacientes se hallaban *en condiciones mucho mejores de salud* que cuando entraron en el hospital. Dibujábase en la fisonomía de todos ellos la misma viva alegría; el lenguaje de todos era el del justo orgullo de triunfadores.»

Y luego agrega el Dr. Nuno de Andrade, con un sarcasmo exquisito:

«De esta verificación, tan encomiástica de las atmósferas sofocantes é impregnadas de moho archiconcentrado, podrían aprovecharse los sanatorios con el fin de proporcionar excelente salud á las personas débiles y enfermizas.»

En verdad que fueron tan idénticas las condiciones, y con detalles tan sorprendentemente similares, los experimentos de fiebre amarilla que hizo la Comisión del Instituto Pasteur de París en el Brasil, á los que se habían hecho tres años antes en la Habana por la Comisión de cirujanos del ejército de los Estados Unidos, que tal parece existía un hilo telegráfico directo (ó quizá sería por medio del telégrafo sin hilo de Marconi), y que transmitía comunicaciones diarias, entre las ciudades de San Paulo y Washington.

Pero en ello existe otro factor contraevidente de mucho mayor importancia, que en alto grado desvirtúa el experimento. Y es éste:

Que hay que tener en cuenta que durante el reposo del sueño, el organismo se halla en su estado mínimo de energía y actividad, y por lo tanto mucho menos expuesto á la infección que durante las horas de vigilia y ejercicio físico. Esa es una ley fisiológica bien conocida. Durante el sueño es cuando el organismo se halla más próximo al estado de defunción.

Fué, pues, el período que se eligió para exponer á aquellas personas á la infección experimental de la fiebre amarilla, CUANDO PRECISAMENTE SE ENCONTRABAN MENOS EN PELIGRO DE CONTRAER ESA ENFERMEDAD.

5º—No se dice si á estos individuos se les permitía «empinar el codo» ó «*to put on a sleeping cap*» (ponerse una gorra de dormir) que se dice en inglés, antes de ir á pasar la noche durmiendo en el edificio infectado de la aterradora fiebre amarilla, á fin de que se animasen y cobrasen el valor suficiente para someterse voluntariamente á aquella terrible prueba. Y si esto resultó así (y bajo, bajo, en la Habana se dice que así mismo fué), sería entonces preciso investigar si en la fiebre amarilla, como resulta en el cólera morbus y otras enfermedades, los estimulantes alcohólicos constituyen un preventivo contra el contagio de la enfermedad.

6º—El Dr. Roberto Koch, fundador de la bacteriología, formuló los cuatro siguientes requisitos indispensables para poder asegurar que un organismo específico, ó germen, sea la causa productora de una enfermedad cualquiera: 1º—Debe hallarse *en todos* los individuos atacados de la enfermedad; 2º—Tiene que ser separado de otros microorganismos que se encuentren con él asociado, y *quedar perfectamente aislado;* 3º—Ya aislado el germen, tiene que ser capaz de producir *exactamente la misma enfermedad* en otros varios individuos ó animales sanos, y 4º—Deberá encontrársele diseminado en los tejidos del individuo ó animal con el inoculado, y en el que se haya reproducido experimentalmente la misma enfermedad, á fin de que pueda volver por segunda

vez á aislársele y á transmitirse con él por inoculación la enfermedad á un segundo individuo ó animal sano.

¿Cuántos de estos indispensables requisitos ha llenado la Comisión de cirujanos americanos, que pretende haber descubierto una teoría científica tan revolucionaria como la del mosquito hembra de la especie *Stegomyia fasciata* como el único y exclusivo transmisor de la fiebre amarilla?

Ninguno. Ella *supone* que el germen de la fiebre amarilla es invisible aún con el microscopio más potente y perfeccionado que existe.

Pero sobre todo, ¿por qué no hizo la Comisión la prueba de infectar un mosquito con la sangre de un individuo á quien otro mosquito infectado hubiese comunicado la enfermedad, á fin de volver por segunda vez á transmitir con el mosquito la fiebre amarilla á otro individno no inmune?

Mucho me temo que sí se haya hecho dicho experimento; pero que no se ha dado á conocer del público médico porque el resultado obtenido fué contraevidente.

De igual modo que la Comisión del Instituto Pasteur de París ha silenciado en su informe oficial muchos detalles importantes PORQUE RESULTABAN CONTRAEVIDENTES. [1]

El Dr. Jesse M. Lazear, uno de los miembros de la Comisión de cirujanos americanos, se había hecho picar por varios mosquitos infectados, Y NO CONTRAJO LA FIEBRE AMARILLA, ni sufrió indisposición alguna. También le aplicó él esos mosquitos infectados á varios individuos no inmunes, y tampoco sufrieron ellos la fiebre amarilla. [2]

Pocos días después, el 13 de Septiembre de 1900, en momentos en que el Dr. Lazear se encontraba recogiendo sangre de enfermos de fiebre amarilla EN UNA DE LAS SALAS DEL HOSPITAL DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS «Las Animas» (márquese bien esta circunstancia), fué picado en el dorso de la mano por un mosquito libre y volatón, el cual hacía poco tiempo habría picado á uno ó más de aquellos enfermos de fiebre amarilla, y á consecuencia de esta picadura sufrió el ataque de fiebre amarilla que le ocasionó la muerte.

Y nótese también en este caso *la ausencia* del llamado «indispensable período de 12 á 17 días, ó más, de incubación del germen en el organismo del mosquito,» para que pueda efectuarse la transmisión de la enfermedad.

La Comisión americana ha silenciado por completo este detalle importantísimo, limitándose á decir, y haciendo de ello un gran *tour de force*, que el Dr. Lazear fué víctima de la picadura de un mosquito contaminado de fiebre amarilla (lo cual, en verdad, no le constaba á la Comisión, puesto que el criminal mosquito gozaba, y siguió gozando después, de entera libertad), y manifestar con gran orgullo que aquel miembro de la Comisión perdió su vida en beneficio de la Ciencia.

La Comisión americana ha silenciado igualmente el importante detalle de que á cada uno de los individuos con quienes se hicieron los experimentos de ropas y efectos contaminados con los productos de la fiebre amarilla,

1 Véase el artículo del Dr. Ivo Bandi, Director del Instituto Pasteur de San Paulo, Brasil, en el *Zeitschrift für Hygiene und Infektionskrankheiten*, de Koch y Flugge. 1904, N° 1, y también en los *Annali di medicina navale*, Roma, 1903, así como el folleto del Dr. Mendoça, Presidente de la Sociedad Médico-Quirúrgica de San Paulo, titulado «Fe bre Amarella,» y publicado en dicha ciudad brasileña á fines de 1903.

2 Véase el artículo del Dr. James Carroll titulado «*A Brief Review of the Etiology of Yellow Fever*,» publicado en el «New York Medical Journal» de Febrero 6 y 13 de 1904.

se le pagaba cincuenta pesos en oro americano para que se sometiera á dicha prueba.

Ambos detalles, cuando son conocidos exactamente como ocurrieron, no queda duda que le restan mérito al pretendido descubrimiento científico.

Pero hay más todavía. El Dr. Lazear en persona le aplicó en la tarde del 27 de Julio de 1900 un mosquito infectado al Dr. James Carroll, otro de los miembros de la Comisión, cuyo mosquito había sido contaminado con la sangre *de cuatro enfermos* de dicha enfermedad. A consecuencia de esta picadura el Dr. Carroll se sintió indispuesto el 31 de Agosto, un mes y cuatro días después, y nótese esta discrepancia de tiempo y lo enviaron el día siguiente á UN AMBIENTE MUY INFECTADO DE FIEBRE AMARILLA (téngase también presente esta circunstancia importantísima), esto es, lo colocaron en el campamento donde estaban los enfermos de fiebre amarilla. Allí tuvo él un ataque de esa enfermedad, del cual, sin embargo, se curó en poco tiempo.[1]

El mismo día que se sintió indispuesto el Dr. Carroll (el 31 de Agosto de 1900), el Dr. Lazear le aplicó á un individuo no inmune el mosquito intensamente infectado con la sangre de cuatro enfermos de fiebre amarilla, *y además otros tres mosquitos también contaminados*, y el individuo sólo tuvo un ataque muy ligero de la enfermedad, del cual se curó antes que el Dr. Carroll estuviese bueno.[2]

*

Existe un gran número de argumentos que pudieran llamarse *de sentido común*, y que se oponen á la novelesca teoría descubierta, ó más propiamente dicho hecha á la orden por imitación, por la Comisión de cirujanos del ejército americano enviada á Cuba para el estudio de la fiebre amarilla, de que «el mosquito hembra, fecundada, de la especie *Stegomyia fasciata* es EL UNICO Y EXCLUSIVO TRANSMISOR de la fiebre amarilla,» y por consiguiente á la falaz medida sanitaria de *solamente exterminar mosquitos con el propósito de impedir la propagación de la enfermedad en una localidad cualquiera.*

Mencionaré tan sólo unos pocos de esos argumentos, que considero suficientes para convencer completamente á todo juez imparcial.

Primer argumento.—Que á pesar de que la labor de dar caza y matar mosquitos, para concluir así con la fiebre amarilla, se llevó á efecto únicamente en la ciudad de la Habana,—según confesión pública que ante el Congreso Sanitario Internacional, celebrado en aquella capital á mediados de Febrero del año 1902, se vió por mí obligado á hacer (en el curso de nuestro debate sobre la materia) el Dr. William C. Gorgas, cirujano mayor de Sanidad Militar del ejército americano y Jefe entonces de Salubridad de la Habana, que me contestó con las siguientes palabras textuales: «La Habana es la primera y la única ciudad en el mundo en que se matan mosquitos con el propósito de exterminar la fiebre amarilla»—en las ciudades de Matanzas, Cárdenas, Sagua, Caibarién, Nuevitas, Gibara, Baracoa, Guantánamo, Santiago de Cuba, Manzanillo, Cienfuegos, Batabanó y todas las demás poblaciones MARITIMAS de la Isla de Cuba, y hasta en la misma bahía de la Habana, esto es, en los pueblos de Regla y Casa Blanca, en ninguna de cuyas poblaciones se puso en práctica esa ilusoria medida preventiva de matar larvas de mosquitos, la fiebre amarilla desapareció de ellas igualmente que de la Habana.

1 *Loco citado.*
2 *Loco citado.*

¿Cómo es, pues, pregunté en aquella para mí muy memorable ocasión, ante el referido Congreso Sanitario Internacional al Dr. Gorgas, y ahora lo pregunto á todo el que sostenga ese invento del mosquito *Stegomyia fasciata,* que el mismo resultado exactamente se ha obtenido en aquella isla matando mosquitos y dejándolos vivir tranquilamente?

Segundo argumento.—Que antes de que la teoría de la transmisión de la fiebre amarilla por los mosquitos fuese *ni tan siquiera soñada por nadie,* mucho antes de que el Dr. Josiah C. Nott, de Mobila, Estado de Alabama, hiciera referencia á su probable transmisión por la picadura de un insecto, [1] y por lo tanto 33 años antes de que los doctores Finlay y Delgado principiasen (el 30 de Junio de 1881) sus inoculaciones experimentales, en ciudades y pueblos por docenas, y de distintos países, situados en diferentes partes del globo, en los cuales se presentaba de improviso una epidemia de fiebre amarilla, se hacía desaparecer á esta mortífera enfermedad por medio de medidas de aislamiento de los atacados, desinfección, sanidad, higiene pública y privada, volviendo invariablemente á quedar de ese modo aquellas poblaciones por completo libres de la fiebre amarilla, y considerablemente mejorado su estado sanitario en general. Después de aquella remota época se ha seguido *siempre* haciendo exactamente lo mismo, y hoy en día se continúa todavía haciendo, con muy buen sentido común, en mi opinión.

En estos Estados Unidos, desde la primera introducción de la fiebre amarilla, que ocurrió el año de 1693 (mucho antes que en la Isla de Cuba) hasta el año pasado, han habido *noventa y cinco epidemias* de esa aterradora enfermedad en distintos lugares del país, *á todas las cuales se puso fin invariablemente de igual manera,* esto es: por medio del aislamiento de los enfermos, el saneamiento de la población, la desinfección de los focos epidémicos y las obras de higiene pública y privada que se realizaron.

En las muy infectadas ciudades de Memfis y Nueva Orleans, especialmente, se logró extirpar la fiebre amarilla entera y exclusivamente poniendo en práctica esos mismos bien conocidos procedimientos sanitarios.

¿No concluyó de igual modo el General Benjamín Butler con la fiebre amarilla que diezmaba á Nueva Orleans en 1862, durante la guerra de secesión de los Estados del Sur, sin que nadie tratase, ni siquiera en sueño, de exterminar los abundantísimos mosquitos que allí había, y han seguido siempre habiendo?

En la Isla de Puerto Rico, donde también en tiempo de la dominación española existía, como en la Isla de Cuba, endémicamente la fiebre amarilla, y desde la ocupación militar americana ha desaparecido de allí al igual que de Cuba, *sin haberse para ello tratado de exterminar los mosquitos,* ¿á qué, pues, sino á la mejor higiene y á las medidas de salubridad pública y privada, se debe tan excelente resultado?

Si el mosquito hembra de la especie *Stegomyia fasciata,* como se pretende, fuese en realidad EL ÚNICO Y EXCLUSIVO TRANSMISOR de la fiebre amarilla, no se concibe que siendo esta familia especial de mosquitos *el indispensable propagador de la enfermedad,* sin matarlos, ni herirlos, ni enfermarlos, ni recon-

1 Ese notable artículo se publicó en el «*New Orleans Medical and Surgical Journal,*» vol. IV., N°. V., Marzo de 1848, y su título, traducido al castellano, es: «La Fiebre Amarilla en contraste con la Fiebre Biliosa. Razones para creerla una enfermedad *sui generis.* Su manera de propagarse. Su probable origen en un insecto ó animálculo.»

centrarlos (como á indestructibles enemigos) en un pequeño lugar, ni dispersarlos de sus habituales puntos de reunión, ni adormecerlos con algún narcótico, ni molestarlos, en fin, en lo más mínimo en su diabólica obra de muerte y desolación, quedase sin embargo de ese modo en todas partes extirpada de raíz la fiebre amarilla.

A menos que HOY EN DÍA ese diminuto insecto zumbón sea, en efecto, como se pretende, *el único y exclusivo transmisor de la fiebre amarilla*, y NUNCA ANTES DE AHORA lo haya sido.

El gran número de veces que tanto en Europa como en Africa y la América del Norte se presentó la fiebre amarilla, ora en España, ora en Francia, luego en Bélgica, más luego en Inglaterra, la víspera en Italia, años después en Portugal, las costas Sur y Occidental de Africa y estos Estados Unidos de Norte América, ¿cómo se logró concluir en todos esos distintos países con tan mortífera enfermedad? ¿Quién pensó entonces en matar mosquitos para de esa manera realizar un fin tan vehementemente deseado?

Sin ir más lejos que á la reciente ocupación de la Isla de Cuba por el ejército americano, esto es, al mes de Julio de 1898, cuando se presentó en dicho mes la pavorosa epidemia de fiebre amarilla entre los soldados americanos que avanzaban de Daiquiri á Santiago de Cuba, ¿qué fué lo que se hizo para contener el progreso de la sumamente temida enfermedad?

Pues se hizo lo siguiente:

Por primera providencia, se le dió candela por sus cuatro costados, y se redujo á cenizas el caserío de Siboney, situado á la orilla del mar, á cuatro y media leguas al Este de la ciudad de Santiago de Cuba, y media legua al Nordeste del lugar llamado Las Guásimas, que fué el punto donde se dió la primera batalla entre los soldados españoles y americanos, PORQUE ERA ESE CASERÍO EL PRINCIPAL FOCO DE LA INFECCIÓN.

Y por cierto que á ello contribuyó muchísimo con sus consejos profesionales mi compatriota y condiscípulo de la infancia en el colegio «La Empresa,» de nuestra ciudad nativa, Matanzas, el Dr. Juan Guiteras, muy conocido en los Estados Unidos desde su incorporación á la Comisión que fué en 1879 á estudiar la fiebre amarilla en la Habana, como experto en las cuestiones relacionadas con esa enfermedad, y quien, como yo y el Dr. Arístides Agramonte, se hallaba allí prestando sus servicios profesionales en el ejército americano. Hoy en día el Dr. Guiteras es catedrático de Patología General y Patología Intertropical en la Universidad de la Habana. *Mutatis mutandus*, el Dr. Juan Guiteras ha cambiado por completo de opinión después del verano de 1900 respecto á la etiología, y manera de propagarse, de la fiebre amarilla, y es en la actualidad, entre los médicos cubanos, el más furibundo defensor de la absolutista teoría del mosquito hembra de la especie *Stegomyia fasciata* en el tífus icteródes.

¿Cómo se concluyeron todos los demás focos epidémicos, que dentro y fuera de la ciudad de Santiago de Cuba se presentaron luego cuando la ocupación de aquella plaza por las tropas de los Estados Unidos? ¿Matando los terribles y numerosísimos mosquitos que allí había, únicos y exclusivos transmisores de la fiebre amarilla?

—No.

¿Cerrando las puertas y ventanas de los hospitales y enfermerías donde había enfermos de fiebre amarilla, con tela metálica de fina malla?

—No.

¿Qué precauciones tomó contra los mosquitos en su tienda de campaña el Dr. William C. Gorgas, en el campamento de Siboney, *donde había un gran número de enfermos de esta pavorosa enfermedad* (para los norteamericanos), y donde tuve yo la satisfacción de prestar mis modestos servicios profesionales en compañía de él?

A excepción de un simple mosquitero sobre su cama, como lo teníamos todos los oficiales que estábamos allí, y hasta los simples soldados, por ser sumamente abundantes los mosquitos en aquel lugar, situado á orillas del mar y rodeado de extensos pantanos, creo que él, como todos los individuos que estábamos acampados allí, ninguna otra precaución tomó.

¿Qué prevención adoptó contra las picadas de aquellos abundantísimos y hambrientos mosquitos el Dr. Arístides Agramonte (quien á pesar de ser cubano de nacimiento no era inmune á la fiebre amarilla, pues desde muy niño residió constantemente toda su vida en los Estados Unidos, *donde nunca ni siquiera había visto un enfermo de esa enfermedad)*, cuando hacía en aquel campamento de Siboney las autopsias de víctimas recientes de fiebre amarilla?

Ninguna.

Y aseguro que ninguna porque yo le ví allí practicar esas autopsias varias veces, sin precaverse contra las picaduras de los mosquitos.

Y sin embargo á él no le dió la fiebre amarilla.

Como tampoco le dió á más de media docena de médicos americanos y varios cientos de individuos nacidos en los Estados Unidos, no inmunes, que había allí.

¿Cómo se precavía el Dr. Arístides Agramonte, hoy catedrático de Bacteriología y de Patología Experimental en la Universidad de la Habana, y en aquel entonces médico de Sanidad Militar, como el Dr. Juan Guiteras y yo, agregados los tres voluntariamente al ejército americano, de las picaduras de los mosquitos cuando hacía en su pequeño laboratorio bacteriológico en el hospital militar cubano del pueblecillo de Juraguá, próximo al campamento americano de Siboney, los cortes y preparaciones microscópicas de órganos cadavéricos infectados de fiebre amarilla, ó buscaba con ansia y pacientemente en el campo microscópico, por encargo especial del Dr. George M. Sternberg, el bacilo de Sanarelli, que era entonces el supuesto agente patógeno del tifus icteródes?

Creo que ninguna precaución tomaba.

El Dr. Agramonte formó después parte, en el verano de 1900, como agregado especial á la Comisión de tres cirujanos del ejército americano que fueron á Cuba á estudiar la fiebre amarilla, y, al igual que el Dr. Juan Guiteras, *mutatis mutandus* ha cambiado por completo de opinión desde entonces respecto á la etiología, y manera de propagarse, de la fiebre amarilla, siendo en la actualidad, como él, entre los médicos cubanos, uno de los más furibundos defensores de la absolutista teoría etiológica del mosquito hembra, fecundada, de la especie *Stegomyia fasciata* en el tifus icteródes.

Durante la ocupación de la Isla de Cuba por el grueso del ejército americano, esto es, de Julio de 1898 á Diciembre de 1900, á pesar de todas las extraordinarias precauciones que tomó el Gobierno de los Estados Unidos, con abundancia de dinero y recursos de toda clase para evitar que le diera á la tropa la enfermedad, ocurrieron entre los oficiales y soldados un total de 1,575 atacados de fiebre amarilla, de los cuales fallecieron 231 individuos.

Y me cabe la satisfacción de poder decir públicamente que del total general de atacados de esa enfermedad, más de 200 de ellos estuvieron bajo mi

cuidado profesional en el campamento de Siboney, próximo á la ciudad de Santiago de Cuba, y en el Hospital de Observación *(Detention Hospital)* que se estableció más tarde en los arrabales de dicha ciudad infectada.

Desde el año 1886, que residiendo en la ciudad de Key West ó Cayo Hueso, en el Estado de Florida, asistí un gran número de atacados de fiebre amarilla, en la mortífera epidemia que azotó ese año á dicha ciudad americana, me vengo ocupando detenidamente de esta enfermedad.

En el mes de Octubre de ese mismo año leí en inglés ante la Sociedad de Medicina de Nueva Orleans *(New Orleans Parish Medical Society)* un trabajo titulado *Contribución al Diagnóstico de la Fiebre Amarilla*, que dió origen á una animada discusión, y que se publicó en su original inglés en «*The Medical News*,» de Filadelfia, el 26 de Marzo de 1887, y en castellano en la «Gaceta Médica Catalana,» de Barcelona, la «Revista de Ciencias Médicas,» la «Crónica Médico-Quirúrgica» y «La Habana Médica,» los tres de la ciudad de la Habana, Cuba, los «Anales del Círculo Médico Argentino,» de Buenos Aires, «El Estudio,» de la ciudad de México, «El Monitor Médico,» de Lima, Perú, y otros varios periódicos profesionales de España, República Argentina, Chile, México, Venezuela, etc.

A principios de Julio de 1898 ingresé en el cuerpo de Sanidad Militar del ejército de los Estados Unidos, con el grado de 1er. Teniente, y me encontré en el centro del foco de la pavorosa epidemia de fiebre amarilla que invadió á las tropas americanas en la provincia de Santiago de Cuba, nombrándoseme (seguramente por considerárseme apto para ello) poco después encargado del Hospital de Observación *(Detention Hospital)* de los enfermos sospechosos de estar atacados de fiebre amarilla. Luego presté también mis servicios profesionales como Inspector de Sanidad de las ciudades y pueblos de las provincias de Matanzas y Santa Clara.

En el 13º Congreso Médico Internacional, que se celebró en Agosto de 1900 en la ciudad de París, Francia, leí en francés en la Sección de Patología Interna, presidida por el Profesor Potain, un trabajo titulado *Tratamiento moderno de la fiebre amarilla*, en el cual doy cuenta de mi experiencia con dicha enfermedad durante la guerra hispano-americana. Ese trabajo está publicado en el volumen oficial de actas de dicho Congreso Internacional de Medicina, publicado por la casa editorial de Masson et Cie., libreros editores de la Academia de Medicina de París. Este trabajo mío sobre la fiebre amarilla se publicó también en castellano, entre otros periódicos, en «El Siglo Médico,» de Madrid, la «Gaceta Médica Catalana,» de Barcelona, la «Crónica Médico-Quirúrgica,» «El Siglo Médico,» de Madrid, «El Progreso Médico» y «La Habana Médica,» de Cuba, los «Anales del Círculo Médico Argentino» y «Semana Médica,» de Buenos Aires, República Argentina, «Crónica Médica Mexicana,» etc. Lo he publicado en inglés en la prestigiosa *Therapeutic Gazette*, de fecha 15 de Abril de 1905.

Hago esta ligera relación de mis estudios y experiencia práctica en el tratamiento de la fiebre amarilla, á fin de precaverme contra el ataque de incompetencia para tratar del asunto, como ya se procuró atacarme por ese lado en mis debates en la Habana con los sectarios de la falaz teoría del mosquito hembra de la especie *Stegomyia fasciata*, como la causa etiológica de la fiebre amarilla.

En el volumen que constituye el Apéndice á la obra monumental de medicina titulada «*Twentieth Century Practice of Medicine*,» publicada hace poco

tiempo en esta ciudad de Nueva York, hay un interesante artículo sobre la *Fiebre Amarilla*, escrito por el Dr. George M. Sternberg. En la parte que habla del tratamiento de esa enfermedad, aparece un abstracto de mi trabajo sobre *El Tratamiento Moderno de la Fiebre Amarilla*, que leí en la Sección de Patología Interna del 13° Congreso Internacional de Medicina, celebrado en París en Agosto de 1900. Al autor se le olvidó hacer mención del origen de su informe sobre el asunto.

Mis ideas respecto á la causa productora y transmisora del «vómito negro» ó tifus icteródes son hoy las mismas que he tenido siempre, á pesar de lo mucho que he leído y reflexionado casi todo lo que en estos últimos veinte años se ha publicado sobre la materia. En lugar del *mutatis mutandus* de mis compatriotas comprofesores los Dres. Guiteras y Agramonte, yo hoy como ayer permanezco *qualis ab incepto*.

Tercer argumento.—Que antes de aseverar que el *Stegomyia fasciata*, después de un período de 12 á 17 días, ó más, de incubación del germen (cualquiera que éste sea, y que permanece aún desconocido) en su organismo, es EL ÚNICO Y EXCLUSIVO MEDIO TRANSMISOR de la fiebre amarilla, es preciso llevar á cabo una extensa serie de inoculaciones experimentales con la pulga *(Pulex irritans)* y con la chinche *(Cimex lectularius)*, las moscas, los piojos y los gegenes, á fin de cerciorarse si estos insectos domésticos transmiten ó no transmiten también la fiebre amarilla de una persona á otra.

La Comisión de cirujanos del ejército americano *demostró de una manera concluyente* que la sangre de los atacados del «vómito negro» contienen el germen de la fiebre amarilla, y que con la inoculación directa de dicha sangre por medio de una jeringuilla hipodérmica, *se transmite fácilmente la enfermedad de un individuo á otro.*

La pulga y la chinche, al igual que el mosquito, tienen un aparato para chupar sangre humana, y es muy probable que tanto los unos, como resulta con el otro insecto doméstico, efectúen también la inoculación de esa enfermedad por medio de sus chupadoras picadas. El nombre genérico latino de los tres *(Culex, Pulex* y *Cimex)* parece indicar algo de esa aptitud en todos ellos.

Y esto es tanto más probable cuanto que ya está positivamente demostrado que la pulga, con sus picadas, transmite la peste bubónica, y la chinche, de igual modo, la fiebre recurrente. Se ha probado también que las moscas, los piojos y los gegenes transmiten varias enfermedades.[1]

1 La *Musca domestica* ó mosca común de las casas transmite el *bacillus typhosus* (el germen de la fiebre tifoidea), el *bacillus tuberculosis* (el germen de la tuberculosis), el *spirillum cholerae Asiatica* (el microbio del cólera asiático), el *bacillus pestis* (el germen de la peste bubónica), y el *bacillus mallei* ó séase el micro-organismo específico productor de la lepra.

La mosca «tsetse» transmite el tripanosoma productor de la enfermedad de los caballos y mulos llamada *nagana*, que también ataca á las personas y se la conoce con el nombre de «fiebre de sueño.» La mosca «hippelates» disemina la conjuntivitis purulenta. El antrax se transmite de un animal á otro, y también de éstos á las personas, por medio de la picadura de una mosca.

Se ha demostrado experimentalmente que los piojos transmiten el impétigo contagioso de una persona á otra, y en estos últimos meses se han hecho observaciones que parecen demostrar que ellos transmiten igualmente la peste bubónica. El *Pediculus tabescentium* es el medio por el cual se disemina la enfermedad llamada *phthisiasis* ó «dolencia piojosa,» que ha ocasionado la muerte en algunos casos.

El gegén *Boophilus bovis* transmite la «fiebre del ganado de Tejas;» el gegén cono-

Cuarto argumento.—El hecho irrefutable de que la introducción anual de muchos miles de soldados y marinos españoles en la Isla de Cuba cesó por completo desde la ocupación militar americana en 1º de Enero de 1899, y, además, la evacuación de los 140,000 ó 160,000 individuos de tropa no inmunes que en aquella fecha había en Cuba, forma un contingente enorme de material abonado para el desarrollo y propagación de la fiebre amarilla, QUE HA SIDO ELIMINADO DESDE ENTONCES.

A este gran número de individuos propensos á contraer la fiebre amarilla, hay que agregar los otros varios miles de empleados civiles de toda clase, que cual otros tantos seres humanos no inmunes á la enfermedad, iban á Cuba todos los años, Y QUE AHORA NO VAN.

Toda esta grandísima masa de carne humana, propicia para el desarrollo y propagación de la fiebre amarilla, repito, ha sido hoy en día eliminada de la Isla de Cuba. Ello contribuye, pues, como factor de una importancia considerable para explicar la desaparición del terrible «vómito negro» de Cuba, sin necesidad de recurrir á demostrarlo como debido exclusivamente á la falaz exterminación EN LA HABANA ÚNICAMENTE de algunos millones de larvas de mosquitos.

Con motivo de una correspondencia del representante del gran periódico médico de Londres «*The Lancet*,» en esta ciudad de Nueva York, en la que hacía referencia á mi fuerte oposición á la teoría etiológica del mosquito hembra de la especie *Stegomyia fasciata* en la fiebre amarilla, envié una carta á dicho excelente, imparcial y cosmopolita periódico de medicina, en la cual hago referencia á este mismo 4º argumento en contra de dicha falaz teoría, Mi carta fué publicada en «*The Lancet*» el 10 de Octubre de 1903.

Y lo que digo de la Isla de Cuba es aplicable á la Isla de Puerto Rico, donde acontecía exactamente lo mismo que en Cuba respecto á la fiebre amarilla durante la dominación española. Con la sola diferencia de que allí no se mataron mosquitos EN NINGUNA PARTE.

La «Revista Médica de San Paulo,» Brasil, publicó un artículo del Dr. N. Vergueiro, de dicha ciudad, en el que critica la teoría del mosquito *Stegomyia fasciata* en la fiebre amarilla, y pasa revista, apoyándolo, al artículo del Dr. Rivas sobre el mismo tema.

La «Revista de Medicina,» de Río Janeiro, reprodujo el artículo titulado «*El microbio y el mosquito en la patogenia y transmisión de la Fiebre Amarilla*,» igualmente en contra de dicha teoría, y escrito por el Dr. José Penna, Director de la Casa de Aislamiento, de Buenos Aires, tomándolo de «La Semana Médica,» Nº 14, correspondiente al día 7 de Abril de 1904.

Quinto argumento.—La creación en la ciudad de la Habana por el Gobierno americano de un Departamento de Inmigración, y de un Hospital de Aislamiento ú Observación, fuera de la población, en lugar alto, seco y saludable,

cido con el nombre de *Argas manbata* produce la enfermedad llamada *carapto* que sufren en Africa muchas personas; el gegén *Argas persicus* transmite la «fiebre del gegén» que se padece en Asia; el gegén ó ácaro llamado *Dermacentar reticulatus* es el agente transmisor de la «spotted fever» ó fiebre de manchas que se padece en las montañas rocallosas de estos Estados Unidos; y, por último, el Prof. Roberto Koch, de Berlín, en sus recientes investigaciones en Africa, ha descubierto que la enfermedad que allí se padece, conocida con el nombre de *nagana* ó «fiebre de sueño,» es transmitida también por un gegén de playa *(sand tick)*.

La garrapata ó *Acarus reduvius* transmite en el ganado, en los países tropicales é intertropicales, la enfermedad contagiosa llamada «melancolía» ó tristeza.—*Nota del autor*.

para que se efectúe allí el escrupuloso examen diario de la temperatura (tres veces todos los días) de los inmigrantes y viajeros de todas clases, que no sean inmunes á la fiebre amarilla y vengan de lugares donde haya casos de esta enfermedad; la garantía que tiene que dar todo inmigrante de esta clase de tener trabajo con que ganarse la vida, antes de permitírsele que se quede en la Isla, y la obligación en que además está de inscribirse como socio de alguna de las tres excelentes «Quintas de Salud» ú Hospitales privados que existen en la ciudad de la Habana, pertenecientes á Sociedades de Socorro Mutuo ó Beneficencia, á donde es conducido el inmigrante (una vez que ya está inscrito como socio y abonando un peso y cincuenta centavos mensuales en plata española) y se le pone en observación *desde el momento mismo que sufre de cualquier clase de fiebre*, constituyen sin duda todas estas precauciones sanitarias, instituídas por el Gobierno americano durante la ponderada extirpación de la fiebre amarilla matando mosquitos, y continuadas con firme tenacidad por el actual Gobierno cubano, una medida preventiva de gran fuerza y extraordinario alcance para evitar la propagación de la fiebre amarilla. Esas disposiciones gubernativas contribuyen de una manera poderosa á explicar la desaparición de esa aterradora enfermedad de la ciudad de la Habana, sin necesidad de recurrir á demostrarlo como debido exclusivamente á la ilusoria exterminación de los mosquitos, EN LA HABANA ÚNICAMENTE.

Durante el tiempo de la dominación española en Cuba, los miles y miles de soldados que había constantemente en esa Isla, y los otros miles de reemplazos que llegaban allí anualmente, eran todos ellos alojados en cuarteles y barracas que estaban en pésimas condiciones higiénicas; su alimentación, vestuario, calzado y tratamiento médico dejaban (por desgracia) bastante que desear; en los hospitales militares no había salas ni separaciones especiales para los atacados de fiebre amarilla, ni tenían aquellos hospitales inodoros, efectuándose la defecación de los enfermos en basines y vacinillas que permanecían varias horas infectando la atmósfera de aquellas salas. Todo esto condenaba á aquella pobre muchedumbre de no inmunes á ser víctimas indefensas de la mortífera fiebre amarilla. Ellos constituían precisamente *el pábulo que hacia que esa enfermedad continuase en Cuba siendo endémica.*

No existía en aquel entonces medida alguna para proteger á los otros miles de pobres inmigrantes españoles no inmunes, que iban á trabajar en aquella isla en los almacenes de víveres, las bodegas ó tiendas de comestibles al por menor, las fondas, los restaurants, cafés y cantinas, tiendas de ropas y establecimientos de toda clase, donde cuando se enfermaban del temido «vómito negro» permanecían en sucias y pestilentes barbacoas, á modo de graneros, ó en otros dormitorios de igual naturaleza, próximos á los sumideros y letrinas (que entonces se hallaban en un estado pésimo de higiene), y, lo que es peor, en contacto diario con otros compañeros igualmente expuestos á contraer dicha mortífera enfermedad. Así era que aquel pábulo amarillo de muerte continuaba siempre encendido: era en verdad aquello un inmenso cirio de carne humana perpetuamente ardiendo.

Los empleados del Gobierno español, de cualquier clase que fuesen, que iban á Cuba y á Puerto Rico mensualmente de la Península, constituían también un contingente de varios miles, como dejo antes dicho, de personas no inmunes que servían de pasto al monstruo amarillo, devorador é insaciable.

Toda esa masa colosal de carne humana, propicia para el desarrollo y mantenimiento de la fiebre amarilla en Cuba como enfermedad endémica,

y viviendo en un medio ambiente por completo antihigiénico, vuelvo una vez más á repetirlo, ha sido hoy en día eliminada de aquella isla, y esta eliminación explica en gran parte, aunque no de un todo, la desaparición de la enfermedad, háyase para ello matado ó no matado EN LA HABANA ÚNICAMENTE todos los mosquitos contaminados.

Durante todo el tiempo de la ocupación militar de la Isla de Cuba por el ejército americano, hasta el día 15 de Febrero de 1901, que EN LA HABANA ÚNICAMENTE principió á ponerse en vigor la caza y el exterminio de los criaderos de mosquitos, se procedió siempre, y en cada caso en particular, á la extirpación de la fiebre amarilla en todas las poblaciones de Cuba, *y con especialidad en las marítimas*, por medio de los bien conocidos métodos sanitarios del aislamiento de los enfermos atacados de esa enfermedad, la limpieza, saneamiento, desinfección de los focos epidémicos y las obras de higiene pública y privada, con imprescindible buen resultado, tan excelente y positivo en todas ocasiones, como el que se había exactamente obtenido antes en cientos de poblaciones de los Estados Unidos de Norte América, de España, Francia, Bélgica, Inglaterra, Italia, Portugal y costas Sur y Occidental de Africa, donde existió, por un tiempo más ó menos largo, *y hoy ya no existe*, la mortífera fiebre amarilla.

Por esa obra meritoria en alto grado debe darse crédito Á TODOS los jefes y oficiales de Sanidad Militar del ejército de los Estados Unidos, á todos ellos indistintamente, por su perseverante trabajo de higienización DE LA ISLA ENTERA, por sus inquebrantables esfuerzos personales, y por su constante vigilancia en provecho de la salud pública, con lo cual lograron concluir primero con la fiebre amarilla en la muy infectada ciudad de Santiago de Cuba y sus pequeños pueblos colindantes de El Caney, El Cobre, Cristo, San Luis, Palma Soriano y Dos Caminos, y después en Guantánamo, Manzanillo, Baracoa, Sagua de Tánamo, Mayarí, Gibara, Holguín, Puerto Padre, Bayamo, Las Tunas, Nuevitas, Puerto Príncipe, Morón, Ciego de Avila, Sagua la Grande, Caibarién, San Juan de los Remedios, Sancti Spíritus, Casilda, Trinidad, Santa Clara, Cienfuegos, Cárdenas, Colón, Matanzas, Regla, Casa Blanca, Guanabacoa, Marianao, Batabanó, Bejucal, Artemisa, Cuanajay, Mariel, Cabañas, Bahía Honda, San Cristóbal, Pinar del Río, etc. Y como igualmente lo hicieron en todas las ciudades y pueblos de la Isla de Puerto Rico.

A esos modestos y dignos miembros de Sanidad Militar del ejército de los Estados Unidos se les trata ahora con flagrante injusticia de relegar al olvido, dando únicamente crédito por la extirpación de la fiebre amarilla en Cuba al Jefe de Salubridad de la Habana EN LOS ÚLTIMOS MESES DE LA INTERVENCIÓN AMERICANA, sin siquiera tomar en cuenta lo que allí mismo en la capital de aquella isla se había hecho en cuestiones de salubridad ANTES DE LLEGAR el Dr. William C. Gorgas, por otros muy competentes Jefes de Sanidad del ejército de los Estados Unidos, y especialmente por la iniciativa del difunto General Ludlow.

Y todo, absolutamente todo, vuelvo á decirlo para que se recuerde bien, lo llevaron á cabo esos beneméritos representantes de la higiene moderna, SIN RECURRIR Á LA TAN PONDERADA Y FALAZ MEDIDA SANITARIA DE DAR CAZA Y CONCLUIR CON LOS CRIADEROS DE MOSQUITOS, para extirpar así la fiebre amarilla, obteniéndose exactamente en todas partes el mismo invariable excelente resultado.

(Concluirá.)

SECCION XVII.

TERAPEUTICA

Tétano.—Aplicación de las inyecciones de suero antitetánico. Curación.

José Zermeño, de 19 años de edad, entró al Hospital de mi cargo el 22 de Julio de 1905. Hacía cuatro días que se sentía enfermo, y en la fecha presentaba el cuadro bien definido del tétano, aunque sus síntomas no llegaban aún al grado de intensidad que ellos alcanzan por lo común. Inmediatamente propuse las inyecciones de suero antitetánico; pero dificultades de naturaleza pecuniaria, por parte de la Administración, impidieron que se pidiera en el acto.

Entretanto, la violencia de las convulsiones aumentó de hora en hora durante muchos días, hasta que, gracias á la buena voluntad de algunos vecinos de la población, á quienes invité para que por subscrición auxiliáramos al enfermo, y gracias también á la eficacia de los Sres. Carlos Félix y Cía., el 4 de Agosto recibí el suero deseado, procedente de la magnífica y acreditada fábrica de Parke, Davis y Cía.

Debo confesar, que ya en esa fecha, muy poca esperanza tenía yo de que el suero tuviera alguna acción benéfica: tan grave era el estado del enfermo y tantos días habían transcurrido, siendo así que se recomienda, para tener probabilidades de éxito, usarlo lo más pronto posible. ¡En este caso esto fué lo más pronto posible! Sin embargo, convencido por los casos que antes había observado, de que todos los otros medios médicos que se aconsejan son perfectamente inútiles en la generalidad de las ocasiones (y en la presente habían demostrado serlo), me acogí á la única é insignificante probabilidad que me daba el empleo del suero, y durante la noche del 4 al 5 de Agosto le inyecté á Zermeño tres ampolletas de él.

¿Fué que yo y los empleados del Hospital estábamos sugestionados? Porque á las cuatro ó cinco horas después de la última inyección, nos parecía mejorado, y los vigilantes me comunicaron que durmió relativamente tranquilo muy cerca de dos horas. Dudaba de que mi apreciación de la intensidad y frecuencia de las convulsiones y del estado general del paciente, fuera exacta: tan insignificantes eran las diferencias que se encontraban de un día al siguiente.

No obstante, sumadas estas pequeñas diferencias diarias, á los pocos días me mostraron una diferencia tal, relativamente al estado del día 4 y los anteriores, que tuve que dar de mano á la idea de la sugestión y creer en un verdadero alivio. En efecto, todos los síntomas fueron amenguándose con una lentitud que pudiera decirse desesperante, si no fuera que todo el proceso actual alentaba esperanza.

Por fin, el 28 de Septiembre, poco más de dos meses después de su entrada, fué dado de alta José Zermeño, enteramente sano.

He querido presentar este caso, porque creo que encierra una enseñanza: en efecto, los autores que tratan de la materia aconsejan que se use el suero como preventivo ó en los primeros días de la enfermedad, é indican que en este último caso la acción es problemática. ¿Y qué uso más tardío pudiera hacerse de él que el que yo hice? Y lo volveré á hacer siempre que venga al caso, aun cuando la enfermedad se haya prolongado ya mucho tiempo, alentado por la presente experiencia y convencido de que en igualdad de circunstancias, y aun sin tal igualdad, cualquiera otro de los tratamientos comunmente usados, si es útil como sedante, es decir, como que proporciona algún reposo al enfermo, es enteramente inútil como curativo.

Ciertamente, sabemos de manera segura, por testimonios verídicos, que algunos tetánicos han sanado sin la ayuda del suero. ¿La curacion ha sido consecuencia del tratamiento ó de la menor virulencia del agente tetanizante? Probablemente habrán concurrido ambas causas. Por mi parte, de todos los tetánicos que he visto, ya durante el internado, ya en la práctica posterior, este es el único en que han sido usadas las inyecciones de suero antitetánico, y es también el único que ha sanado, lo cual tiene, según creo, mucha significación.

Tecolotlán, 30 de Septiembre de 1905.

MELESIO DE ANDA.

LAS ENTERO-COLITIS Y SU TRATAMIENTO.

(SEGUNDO ARTÍCULO.)

En nuestro número anterior tomamos como tema un trabajo del Dr. Monin con el mismo epígrafe que el presente, pero hoy encontramos una continuación del mismo, ó por decir mejor, su conclusión en el número pasado de «La Dosimétrie,» y por ello volvemos á ocuparnos del asunto, pues las indicaciones que hace acertadamente el autor, creemos serán de alguna utilidad á nuestros lectores.

Monin señala en las entero-colitis como indicaciones principales: el combatir la constipación; el evitar las intoxicaciones alimenticias por el regimen; el procurar la eliminación de los venenos formados en el intestino; y el combatir la irritación infecciosa de este órgano. De paso también señala una neurastenia especial, que llama «obsesión alvina» que sobreviene en los individuos que para darse cuenta del estado de su salud tienen como idea fija el examen de sus deyecciones.

Antes de exponer su terapéutica advierte la frecuencia con que interviene en las enteritis el elemento reumatismal, en cuyo evento es preciso naturalmente aconsejar el reposo en la cama, el abrigo, una habitación conveniente, una vida apacible, etc., etc.

Cuando los síntomas de infección se revelan aun en el estómago, lo más oportuno es instituir, como en los niños, la dieta hídrica por 48 horas, permitiendo únicamente un vaso de agua alcalina natural cada una ó dos horas. Si el estómago no está infectado, es á veces conveniente auxiliar sus funciones con pepsina, papaina ó cuassina, pues con frecuencia languidece su actividad.

Cuando desaparece la acuidad de los síntomas es indispensable ocuparse de la nutrición y del sistema nervioso, lo cual se consigue sin duda con el arseniato de estricnina y de fierro, los hipofosfitos, los valerianatos, etc. Agrega á esto el Dr. Monin una lavativa con 200 gramos de té de carne con dos gramos de cloruro de calcium, para ser retenido en el intestino. Asimismo y en casos especiales no son de desdeñar los recursos que proporciona la altitud, la hidroterapia tibia, las aguas minerales del tipo de las de Plombières, la Darsonvalización, las corrientes continuas y las corrientes alternas, pues la electricidad y el masage despiertan el peristaltismo del intestino. Las duchas tibias, las fricciones analgésicas y aun el vejigatorio volante como lo aconsejaba Peter, son buenos medios curativos. También recomienda el cinturón elástico que mecánicamente se opone al meteorismo ocasionado por las fermentaciones que se engendran en el intestino. Cuando existen hemorroides de acuerdo con Roussell, cree Monin un excelente recurso la dilatación del esfínter del ano, que suprime violentamente el espasmo y mejora la coprostasis.

Para mejorar asimismo tanto este penoso síntoma como la enfermedad en general, recomienda justificadamente el empleo de un purgante y una vez por semana, cuando menos, dar al enfermo unos 10 ó 15 gramos á lo más del Sedlitz Ch. Ghanteaud, porque según las experiencias de Rovighi y de Dominici, con el Sulfato de Magnesia y el de Sosa se reduce el microbismo de los desechos excrementiciales un 95 por 100. En casos especiales debe prescribirse el calomel (Monin da 15 gránulos de 1 centigramo en la noche que precede al día en que aplica al paciente el purgante de Sedlitz), la evonimina ó podofilina. Durante el período muco-membranoso, todas las noches prescribe un enema mentolado con 125 gramos de aceite de olivas, dando éste por la boca si es preciso, con 10 gotas de esencia de anís y 50 centigramos de sacarina.

El autor expone, que desde hace años reprueba los grandes lavados intestinales, porque la enteroclisis frecuente aumenta á su juicio la parálisis intestinal, prefiriendo dos ó tres veces por semana, pequeños enemas aromáticos de infusión de manzanilla, por ejemplo. Ya veremos en seguida que en este punto nos permitimos diferir de su respetable opinión. Cuando la atonía del intestino es marcada, prefiere las lavativas frías adicionadas de Benzoato y de Borato de sosa, partes iguales. Contra el espasmo persistente recomienda 1 ó 2 veces al día un gránulo de calomel y uno de atropina; dando cuassina, boldina y ácido salicílico si hay engurgitamiento hepático.

El régimen dietético necesita una atención muy particular: carnes ligeras, tiernas y bien divididas, carnes gelatinosas, asadas, jamón fresco, pescados de carne blanca, ranas, evitando los pescados de mar y moluscos. El régimen lacto-ovo-vegetariano evita más las putrefacciones en el intestino. También recomienda los caldos de cereales, sémolas de trigo, arroz, castañas, etc., combinados con legumbres frescas y verdes y frutos cocidos. El autor se manifiesta partidario de mezclar legumbres secas y verdes para alimentar á estos enfermos, haciendo unos purés, bien tamizadas, y que condimentadas con leche y mantequilla tienen la ventaja de halagar el gusto y favorecer el buen funcionamiento intestinal. Las legumbres ácidas, como el tomate, las fermentecibles como la col, la coliflor, los nabos, el ajo, etc., los guisados, las frituras, las salsas, los quesos cocidos y fermentados, los pasteles, los vinos ácidos y tánicos, el pan demasiado blanco y tierno, y los dulces y conservas deben evitarse en la alimentación de los enfermos de este género.

En cambio las cremas y dulces preparadas con leche y huevos, las compotas y mermeladas y los jugos de frutos secos (uvas) deben recomendarse.

Entre los frutos inofensivos señala Monin los higos, el durazno y el plátano. El queso de crema, el pan de especies, las gaufrettes, las galletas y bizcochos secos son también inocentes y pueden ser concedidos. El pan debe ser bien tostado al horno y ser bien mascado é insalivado. Como bebidas, Monin se declara partidario de una cerveza malteada y de la Champagne legítima, mediada con una agua cálcica, cuidando de tomar al finalizar cada comida una infusión caliente de agua de tilia ó badiana.

El fumador debe renunciar á su vicio, pues justamente afirma el autor que el tabaco es una solanea, que si es consoladora del cerebro, es con toda evidencia hostil al tubo digestivo. Termina recomendando, que después de cada comida se repose en la cama durante unos tres cuartos de hora, precisamente en decúbito lateral derecho, concediéndole así á la primera digestión ó digestión estomacal, la posición más favorable para efectuarse.

Las recomendaciones del Dr. Monin son tan correctas, que poco tendremos que agregar, difiriendo únicamente nuestra opinión en detalles y no en el fondo de la terapéutica aconsejada, y menos en la cuestión de alimentación, cuyas reglas están bastante bien sintetizadas.

A los enemas aromáticos que recomienda Monin, por ejemplo, preferimos nosotros los lavatorios intestinales hechos con agua oxigenada, que obran sin duda alguna sobre el estado de la mucosa intestinal. Estos lavatorios, que desde hace algún tiempo venimos empleando de preferencia á cualesquiera otros, los prescribimos por lo común al 5 por 100 segun la siguiente fórmula:

Hidrozono Charles Marchand.	5 gramos.
Agua esterilizada.	100 —

Cuando las lesiones del intestino grueso acusadas por los síntomas son muy graves, acostumbramos elevar á 10 por 100 la proporción del Hidrozono Marchand, pero en este caso es necesario prescribir inmediatamente después de aplicado el enema, otro abundante de agua hervida simplemente, porque el desprendimiento de oxígeno es tan abundante y rápido que despierta una sensación penosa de malestar en el paciente, el «meteorismo artificial,» pudiéramos decir, que trae consigo esta medicación. Los resultados obtenidos no obstante son excelentes, pues la desinfección lograda por este lavado antimicrobiano actúa benéficamente sobre la marcha de la enfermedad. Una solución débil de agua oxigenada también será útil ministrada al interior cuando los fenómenos revelen que el estado infeccioso ha remontádose hasta el estómago. Pero sobre esta medicación ya recomendada por clínicos distinguidos, no tenemos una experiencia suficiente para apoyarla en propias y concluyentes observaciones.

Ratificando lo asentado en el número anterior, nos permitimos recomendar no se deje en olvido la acción sedante y antiespasmódica marcadísima de la Hiosclamina que en breve espacio de tiempo logra dominar el tenesmo intolerable característico del estado agudo de esta afección.

Nada substancial añadiremos sobre el régimen alimenticio, pero sí haremos un recuerdo en favor de algunas de esas preparaciones de avena que son entre nuestros vecinos del Norte tan usuales, que casi constituyen uno de los

elementos indispensables de la alimentación diaria y normal entre ellos. Hablo de la Malta Vita, del Oat Meal, etc., porque son bien tolerados, bien digeridos y, en nuestro concepto, asimilables lo suficiente para ayudar poderosamente á la nutrición.

DR. E. L. ABOGADO.

UN CASO RECIENTE DE ENVENENAMIENTO POR MORDEDURA DE SERPIENTE.

A fines del mes de Julio fuí llamado por Rómulo Chávez para asistir á su hermano político, que había sido mordido por una NAUYACA en la parte media y externa de la pierna izquierda.

Acudí al lugar en que estaba, una pequeña casa en los suburbios. Relatáronme los hechos del modo siguiente:

Regresaban al campo á donde habían ido en busca de víveres, y ya próximos á la población (2 kilómetros), á las seis de la tarde, cuando la obscuridad es suficiente para no ver los objetos que hay colocados en medio de la vía, fué repentinamente mordido por la SERPIENTE, sintiendo desde luego un ligero ardor en el punto herido y un entumecimiento de la pierna que no le impidió continuar su camino hasta llegar á su habitación.

Como era de noche no ocurrieron por facultativo y se limitaron como es costumbre, á administrar unas gotas de amoníaco líquido, que es de uso añejo en estos lugares, pero continuó cada vez mayor el entumecimiento que progresivamente fué irradiando desde la pierna hasta imposibilitar la progresión.

Ligera tumefacción edematosa en la pierna y ninguna pérdida de sangre por la herida.

En la mañana los accidentes aumentaron, ansiedad, sed, aturdimiento y en seguida expulsión de sangre por la mucosa bucal y después por la nasal. En este momento le fué administrado el ELIXIR ANTIVIPERINO, cuatro cucharadas, para continuar dándole otra cada media hora hasta terminar la dosis contenida en el frasco.

Cuatro horas después de la primera dosis expulsó orina sanguinolenta. Alarmados por tal cosa, acudieron de nuevo, y se ordenó darle algunas cucharadas más, aunque lo creía inútil, pues siempre ha sido suficiente la dosis de 125 gramos de ELIXIR para curar los envenenados, salvo algunos casos en que han persistido los accidentes y nos hemos visto obligados á administrar mayor cantidad, habiendo esto sucedido en casos que tardíamente han ocurrido por el auxilio necesario.

Muy á menudo sucede tal cosa; parece que á costa de un peligro desean economizar el valor de una medicina que puede con toda seguridad devolver la vida á los que se creen perdidos, por haber sido mordidos por un OFIDIO PONZOÑOSO, sin calcular que mientras más tarde se recurre al ELIXIR ANTIVIPERINO es mayor la cantidad de veneno absorbido y penetrado á la circulación y llevado al cerebro, donde actúa provocando una hipertensión que rápidamente progresa, y ocasionando hemorragias en todas las mucosas, siendo casi siempre la bucal la primera. Lo he observado en un 98 por 100 de los casos tratados, siendo de notar que en una de mis observaciones á pesar de haber administrado acto continuo el medicamento, se presentó á las dos horas la hemorragia, que no tardó en suprimirse continuando la medicación.

Nunca he tenido necesidad de aplicar alguna cosa sobre la herida. Considero inútil el cauterio actual, los ungüentos, los alcalinos, etc.

El veneno inyectado en el tejido celular no puede retardarse en su absorción (20 segundos), pero las inyecciones que practican las SERPIENTES VENENOSAS con sus ganchos son más rápidas aún. Por regla general tarda más la absorción del veneno; pero á veces se presentan los fenómenos que la indican en mucho menos tiempo y á veces ocasionan la muerte en un espacio de tiempo brevísimo.

Estos casos raros son indudablemente aquellos en que la inyección ha sido depositada en alguna vena.

Yo he visto como accidente especial en algunos casos, el estado comatoso inmediatamente después de la mordida por esta misma serpiente (NAUYACA), con diminución de los latidos cardíacos, y aun á pesar de tales accidentes que asombraban á la vista, en que suspendieran su acción los ganglios espinales de Remarck y Ludowig, se curaron felizmente con la administración del ELIXIR ANTIVIPERINO.

Nuestro individuo en cuestión, como la generalidad de los casos observados, estaba al día siguiente apto para dedicarse á sus faenas.

Teapa, Tabasco, Septiembre 14 de 1905.

DR. JOSÉ M. ROSAS.

SECCION XXX.

BIBLIOGRAFIA

Tratado de las enfermedades nerviosas, por el DR. OPENHEIM, Profesor de la Universidad de Berlín. Traducción de la tercera edición alemana, por el Dr. Montaner. Hemos recibido hasta la entrega núm 43 y última de esta notable obra que editó la acreditada casa de F. Seix, de Barcelona, y que es en nuestro concepto la que mejor resume los conocimientos actuales sobre este dificilísimo ramo de la patología interna. A ello se debe sin duda alguna la aceptación excepcionalmente favorable que ha obtenido no sólo en Alemania sino en todas las partes en que es conocida y en que su mérito ha podido ser justipreciado.

Pronto escribiremos algo sobre esta notabilísima obra.

Un error judicial.—*Dos penas de muerte.*—Exposición á las Cortes, dirigida por D. Tomás Maestre y Pérez, Catedrático de Medicina legal y Toxicología de la Universidad de Madrid.—Veinticuatro horas después de haber recibido este trabajo, y á pesar de nuestras múltiples atenciones, habíamos leído con interés creciente este folleto de unas 200 páginas, emprendido por el inteligente y altruista Profesor de Medicina legal madrileño, con el único y nobilísimo objeto de salvar la vida, con la demostración clarísima de su inocencia, á dos hombres, rústicos pero honrados habitantes de Mazarete, lejano pueblecillo situado en la falda de la Cordillera Ibérica.

El Dr. Maestre, por medio de una labor finísima para tejer con ella la apretada malla de razonamientos de una lógica inflexible, demuestra la imposibilidad absoluta de que los acontecimientos pasaran tal y como en la causa fueron traducidos, fundándose indebida y torpemente en la declaración de un villano calumniador que por rastreras pasiones procura una venganza contra los protagonistas de esta célebre causa.

La más firme convicción se arraiga en el ánimo de quien lee con atención esta defensa de la justicia ultrajada, y toda conciencia honrada siente el vivísimo anhelo de ver que los tribunales de España, con la rectitud é integridad que reclama la noble misión que desempeñan, encuentran la manera de reivindicar los derechos de esa justicia ultrajada.

Pronto esperamos saber, por los colegas de la Península Ibérica, el resultado final de esta causa, que no sólo debe ser el derrumbe de los patíbulos injustamente mandados levantar, sino la proclamación *urbi et orbi* de la inocencia de Juan García y de su hijo Eusebio. La hidalga España no consentirá jamás un borrón de esta clase en sus anales.

DR. E. L. ABOGADO.

NECROLOGIA

MUERTE DE UN GRAN MEDICO, EL SR. DR. FORTUNATO ARCE.

El 21 del próximo pasado Julio falleció en Guadalajara el eminente Dr. D. Fortunato Arce, á la 1.30 a. m. La noticia se extendió como un rayo por toda la ciudad, no sólo por tratarse de un ciudadano tan distinguido, sino por la manera violenta con que sucumbió. El Sr. Arce, como presidente que era últimamente del Consejo Superior de Salubridad, asistió á una junta á las nueve de la noche, donde comenzó á sentirse algo indispuesto, motivo porque algunos de sus colegas lo acompañaron en su carruaje á la casa, recetándole algunas medicinas y dejándolo poco después aparentemente muy mejorado. Mas á la media noche se despertó con un dolor agudísimo en el corazón, y á pesar de los medicamentos que le propinaron, sucumbió al fin de esa terrible neurosis que ataca al trisplánico ó gran simpático; la misma que dió muerte al gran Juárez y á tantos hombres ilustres, y que tan impropiamente se conoce no solamente en el vulgo, sino en los anales de la ciencia, con el nombre de *angina de pecho*.

El Dr. Arce fué un hombre de costumbres morigeradas, muy metódico, sin que hubiera padecido anteriormente más que un ligero reumatismo, lo que ya es algo como elemento patogénico para explicarse tan terrible desenlace, y más si se tiene en cuenta un trabajo mental profundo, una laboriosidad tenaz, constante y muy larga que perduró por más de cuarenta años.

Lo que yo escribo, pues, no lleva ninguna pretensión literaria, sino el deber de expresar públicamente mi condolencia por la muerte de mi sabio maestro y recordar los principales episodios de su carrera brillante y labor meritísima.

El Sr. D. Fortunato Arce nació en la capital de Jalisco el día 14 de Octubre de 1839. Sus padres, D. Pedro González de Arce y Dª Felipa Rubio, que eran muy ricos, se trasladaron á Europa cuando la familia estaba aún muy chica y vivieron catorce años sucesivamente en Francia, Inglaterra, Alemania, Italia y España; habiendo residido en temporadas más ó menos largas en París, Burdeos, Marsella, Londres, Manchester, Berlín, Roma, Nápoles, Madrid, Barcelona, Valencia, Sevilla, Cádiz y otras ciudades del continente y la Península; teniendo por consiguiente el joven Arce oportunidad de asimilarse, en los primeros años de su vida, los elementos fundamentales de instrucción muy sólida y variada y adquirir una educación politécnica que le sirvieron de fecunda y poderosa base para su brillante carrera.

Volvió la honorable familia Arce á Guadalajara de su larga excursión por Europa cuando empezaba la revolución llamada de Reforma, entrando el joven Fortunato á la Escuela de Medicina donde descolló desde luego, no sólo por su talento y aplicación, sino por haber demostrado desde los primeros años una vocación ó aptitud muy grande para el estudio de las ciencias físicas y naturales.

El año de 1858, cuando la guerra de Reforma llenaba de sangre, de luto y desolación los campos de la República, provocando el gran cisma que dividió á sus habitantes en dos bandos poderosos, el joven Arce, que aún no tenía título de médico, entusiasmado con las ideas de progreso y libertad se lanzó, como otros jóvenes talentosos de esa época, los Cruzaedo, Vallarta, Vigil, Galván, Herrera y Cairo, Contreras Medellín y otros muchos á la revolución; sirviendo desde luego en el improvisado Cuerpo Médico del no menos improvisado ejército del Gral. D. Santos Degollado, el héroe de las derrotas, como le llamaban por oposición, (¿antítesis?) á nuestro General González Ortega que fué por su buena estrella el héroe de las victorias; en cuyo ejército y en un regimiento «Lanceros de Jalisco» que estaba á las inmediatas órdenes de los Generales Rocha y Galván, prestó sus servicios gratuitamente durante tres años, logrando conquistar por su valor y energía, el grado de Capitán.

Habiendo triunfado el partido liberal, volvió el joven Arce á la Escuela, donde á pesar de la irregularidad y deficiencia con que se hacían los estudios con motivo de las revoluciones, y después de brillantísima carrera, recibió al fin su título de médico á la edad de 27 años, el 13 de Diciembre de 1865; y desligándose por completo de la política, que artera y veleidosa ha torcido los destinos de tantos sabios y hundido en el abismo del olvido á tantas reputaciones literarias, se dedicó desde luego con ardor y entusiasmo á la humanidad y á la ciencia, á la enseñanza, á ejercer con raro tino, con caridad, abnegación y habilísima competencia, ese noble y elevado magisterio que tanto influyó en los Oliva, Gutiérrez, Ochoa y Garciadiego, á levantar la Escuela de Jalisco á la categoría de las primeras instituciones docentes del país.

Sucede con frecuencia que, debido á la extensión de las ciencias médicas, casi nadie llega á dominarlas en todas sus ramas, motivo porque, dados los a lelantos modernos de la medicina, ha sido preciso á muchos hacerse especialistas para poder ejercer la profesión con más éxito y menos fatiga. Pero el Dr. Arce llegó á conseguir lo que no todos pueden, ser buen médico y buen cirujano á la vez; y el maestro era todo: profundo médico, cirujano atrevido y partero eminente; y aún se puede decir, asegurar, sin hipérbole ni lisonja, que sabía más que todos los especialistas.

No faltará quien me pregunte: si el Dr. Arce era tan grande, ¿por qué era tan poco conocido? Porque el Dr. Arce era sabio en toda la extensión de la palabra; hablaba poco, pero con discreción y galanura; era modesto, de carácter muy dulce y afectuoso, y jamás pretendió competir ni hacer alarde de erudición, ni humillar tampoco á ninguno de sus compañeros, á quienes siempre trató lo mismo que á sus discípulos con exquisitas muestras de afecto y benevolencia. Sin embargo, yo lo ví lucirse en los congresos médicos y recibir elogios de nuestros más notables médicos, y sé también que recibió de eminentes sabios europeos, felicitaciones muy calurosas por sus escritos y trabajos técnicos, como uno que escribió sobre heridas del corazón, demostrando que no todas son mortales, otro sobre localización de las funciones cerebrales que aquellos sabios no conocían y que posteriormente han sido apoyadas

en Europa por médicos tan eminentes y conspicuos, como Louis y Vulpian.

Para dar una idea del profundo saber é ilustración del Dr. Arce, así como de la estimación y respeto que le tenían aún los médicos más notables de otras escuelas, referiré un hecho que pasó casi en familia. Enfermó últimamente en México su hermano Genaro de una afección de la lengua, que tres notables especialistas calificaron de cáncer, tratando de practicar con toda urgencia la amputación del órgano afectado. Como era natural, el paciente no quiso someterse á tan dura prueba hasta consultar con su hermano, quien llegado á la capital, tomó parte en la junta respectiva, logrando en la discusión por mayoría de votos que se modificara el diagnóstico y la operación que el mismo Sr. Arce dirigió, salvando á su hermano la vida, ó cuando menos de la pérdida de un órgano tan importante.

Si como médico fué el maestro tan profundo y erudito, como cirujano rayó en la temeridad sin que le faltara por supuesto buen juicio, seguridad en el diagnóstico, valor, calma, serenidad, obedeciendo siempre á aquel principio: *tuto, cite et jucunde.* Dice mi ilustrado condiscípulo, el Dr. D. Miguel Mendoza López en su elogio fúnebre que pronunció ante el cadáver del ilustre maestro, en el Panteón de Belén: «. . . . . lo ví llevar (yo también y todos sus discípulos lo vimos) su bisturí con mano maestra y habilísima, á regiones profundas del cuello ó al interior de órganos delicados, separar vasos y nervios de vital importancia sin herirlos jamás y hacer incisiones ó practicar suturas allá donde la vista apenas alcanzaba ó del todo no veía la región que se operaba; lo ví encontrar y vencer con sorprendente sangre fría dificultades imprevistas y casi insuperables, como si por adelantado ya supiera que nunca podría la victoria abandonarlo.»

El Dr. Arce fué miembro activo de las extinguidas sociedades «Lancasteriana,» «Clases Productoras,» «Pablo Gutiérrez» y «La Fraternal;» miembro correspondiente de la «Academia de Medicina, de México,» y miembro honorario de la «Sociedad Médico-Farmacéutica,» de Guadalajara.» También fué miembro de algunas sociedades del extranjero y poseía diplomas muy honoríficos.

El Dr. Arce fué médico del Hospital de Belén durante muchos años, donde siempre estuvo á su cargo el servicio de Cirugía, y en tan largo espacio de tiempo, casi nunca tuvo vacaciones; concurría á sus visitas el primero con toda puntualidad sin faltar más que por causas muy justificadas. Yo fuí su practicante por tres años consecutivos y tuve oportunidad de apreciar de cerca sus relevantes cualidades; fué para mí no un superior, ni un jefe, fué un padre que no sólo me llevó como de la mano por los espinosos caminos de la ciencia, también me dió consejos muy saludables, y siempre que encontraba oportunidad, decíame al oído repitiéndome apotegmas ó aforismos del grande Hipócrates que se me han grabado de una manera indeleble: *Corpora non agunt nisi soluta; es criminal el médico que administra el cuernecillo sin que el cuello esté dilatado ó dilatable; quod sponde promititur de jure debetur:* y esto me lo decía con motivo de una promesa que había hecho yo á un amigo y me resistía á cumplírsela. Mi juicio, por consiguiente, puede ser muy parcial á este respecto, pero afortunadamente aún viven casi todos los médicos de las cuatro ó cinco generaciones que se formaron á la sombra bendita de tan esclarecido maestro, y son testigos de los esfuerzos, constancia y abnegación con que sirvió á la ciencia y á la humanidad.

Este vasto servicio de hospital y su numerosa clientela no le impidieron

atender á sus clases que durante mucho tiempo y sucesivamente dió en la Escuela de Medicina con brillo y conciencia plena de su profundo saber. Así fué como desde el año de 1873 empezó á desempeñar la clase de Clínica Externa; el 8 de Febrero de 1884 fué nombrado profesor de Obstetricia y Medicina operatoria; el 14 de Agosto de 1880 fué designado para la clase de Patología y Clínica de niños; en 1892 fué promovido á la clase de Clínica Externa y Ginecológica y desempeñaba la clase de Clínica Interna, por cambio habido en el programa de estudios de la Escuela, cuando fué sorprendido por la muerte. Durante este largo período de tiempo de más de treinta años, las convulsiones políticas lo hicieron abandonar sus clases más de alguna vez; pero la convicción que se tenía de su pericia de maestro y la dificultad de sustituirlo, hacía que los gobiernos que se sucedieron en el poder, lo invitaran á volver á sus cátedras. Esto sólo bastaría para juzgar no tanto del mérito del Dr. Arce como médico, si que también de sus rarísimas aptitudes para la enseñanza en todas las asignaturas, su basta erudición y talento esclarecido.

El Sr. Arce fué casado tres veces: formó una familia numerosa, siendo en el hogar un modelo como padre y esposo.

Mucho más pudiera decirse en elogio póstumo del Sr. Dr. D Fortunato Arce, de ese modesto médico de provincia, de ese altruista y adalid por la existencia de los demás, denodado campeón de los principios de la ciencia; pero dejo esa tarea al biógrafo concienzudo, al historiador imparcial que colocarán sin duda el nombre del ilustre muerto en el número de los inmortales; dejo esa tarea á nuestros pósteros que grabarán su nombre con letras de oro en la acrópolis de nuestra Escuela, que en el largo transcurso de tres centurias, ha dado á la patria tantos hombres ilustres en política, en ciencias y artes; dejo esa tarea á los innumerables discípulos del gran maestro que, esparcidos por todos los ámbitos de la República, pregonan su fama y sus virtudes.

Guadalupe, Zacatecas, Agosto de 1905.

DR. AURELIO PADILLA.

NOTAS.

PRÓXIMA ASAMBLEA Ó CONGRESO MÉDICO.

Hemos recibido la siguiente invitación y desde luego expresamos nuestro vehemente deseo porque la idea tenga cariñosa acogida y brillante realización.

***

La Sociedad Médica «PEDRO ESCOBEDO,» deseosa de estrechar los lazos de unión entre todos sus miembros, así honorarios, como titulares y correspondientes y al mismo tiempo hacer conocer los trabajos nacionales, que hasta hoy ó se han perdido por falta de publicación ó se han olvidado los que han sido dados al público por reducida circulación, ha acordado celebrar cada dos años una *Asamblea ó Congreso Médico*, invitando para él no sólo á los socios, sino á todos los Médicos, Cirujanos, Farmacéuticos, Parteras, Dentistas y Veterinarios que deseen concurrir.

La Sociedad considerará como socios correspondientes á todas las personas que residan fuera de la Capital y poseyendo un título profesional de uno de los ramos indicados, expedido en el país ó en el extranjero, concurran á la primera Asamblea; expidiéndoles el diploma respectivo.

Los días 27, 28, 29 y 30 de Noviembre próximo, son los designados para el *Primer Congreso* que se verificará, según el programa adjunto, y para el cual la Mesa Directiva que suscribe tiene la honra de invitar á Ud. rogándole se sirva contestar si acepta, á la Secretaría de la *Sociedad Médica «Pedro Escobedo,»* en la Escuela Nacional de Medicina.

México, Octubre 1º de 1905.—Presidente, *Dr. Gregorio Mendizábal.*—Vicepresidente, *Dr. Alberto López Hermosa.*—Vocal, *Dr. Eduardo Lamicq.*—Vocal, *Dr. Juan Peón del Valle.*—Vocal, *Dr. Federico Baumgarten.*—Secretario 1º, *Dr. Angel J. Nieto.*—Secretario 2º, *Dr. Enrique O. Aragón.*

BASES para la celebración de la Primera Asamblea Médica, organizada por la Sociedad Médica "Pedro Escobedo."

1º La Asamblea se verificará los días 27, 28, 29 y 30 del mes de Noviembre del año en curso, principiando las sesiones á las 9 de la mañana y á las 4 de la tarde, para terminar respectivamente á las 12 del día y á las 6 de la tarde, en el orden siguiente y tratando en ellas las cuestiones que se indican:

Día 27. Medicina interna.—I. «Diagnóstico precoz de la tuberculosis.»—II. «La Fiebre.»—III. «Bases para el tratamiento de la epilepsia.»

Presidente: Dr. Gregorio Mendizábal.—*Ponentes:* Dres. Eduardo Lamicq y Juan Peón del Valle.—*Secretario:* Dr. Alfonso Pruneda.

Día 28. Patología y Clínica Quirúrgicas.—I. «Consideraciones sobre el tratamiento quirúrgico de los abscesos hepáticos.»—II. «Las infecciones gonocóccicas. Su importancia médica y moral.»

Presidente: Dr. Tomás Noriega.—*Ponentes:* Dres. Federico Baumgarten y Heladio Gutiérrez —*Secretario:* Dr. Salvador de la Vega Limón.

Día 29. Ginecología y Obstetricia.—I. «Patogenia y tratamiento del cáncer uterino.» II.—«Etiología y tratamiento de la eclampsia.»

Presidente: Dr. Alberto López Hermosa.—*Ponentes:* Dres. Manuel Gallegos, Rafael López y José Mesa Gutiérrez.—*Secretario:* Dr. Enrique O. Aragón.

Día 30. Higiene.—I. «Importancia del Médico Higienista en la Sociedad Mexicana.» II.—«Las construcciones modernas en México, bajo el punto de vista de la Higiene.»

Presidente: Dr. Jesús E. Monjarás.—*Ponentes:* Dres. Juan Ramírez de Arellano y Nicolás Ramírez de Arellano.—*Secretario:* Dr. Máximo Silva.

2º La apertura y clausura del Congreso serán hechas por el Presidente Honorario Dr. D. Eduardo Licéaga.

3º Todos los socios tienen derecho para presentar algún trabajo referente á los temas señalados, y para tomar parte activa en las discusiones, inscribiéndose con anterioridad por conducto del Secretario de la sección respectiva, en el registro que llevará para concederles la palabra en el orden de su inscripción.

4º La Sociedad indicará la forma en que deba votarse una partida de gastos para la publicación, en un tomo, de todos los trabajos y para la troquelación de un distintivo, que serán repartidos á cada socio.

5º Se invitará cordialmente á las Sociedades Médicas y de otras ciencias para que nombren sus representantes que asistan á las sesiones.

6º En la sesión de clausura se anunciarán los días en que, á los dos años, se verificará la Asamblea siguiente; así como los temas que se tratarán en ella.

A NUESTROS LECTORES.

Un exceso de material, original é inédito como siempre, que tenemos desde hace algunos números nos ha impedido publicar, entre otros trabajos, la *Revista de la Prensa Médica Extranjera*, en cuya Sección tenemos en cartera, algunos extractos muy interesantes hechos por nuestro amigo y colaborador el Dr. Harald Seidelin.

MEMORIAS DO MUSEU GOELDI (MUSEU PARAENSE) DE HISTORIA NATURAL E ETHNOGRAPHIA.

IV.—OS MOSQUITOS NO PARA.

Hemos tenido el gusto de recibir un tomo en folio mayor, esmeradísimamente impreso, sobre inmejorable papel y con unos grabados que podrán ser igualados pero no superados, conteniendo cuatro trabajos sobre los mosquitos indígenas, principalmente las especies que molestan al hombre, por el Profesor Dr. Emilio Augusto Goeldi, Director de ese célebre Museo.

Como cumplido y elegante remate de esta obra, lleva al final cinco estampas cromo-litográficas que son una maravilla por la perfección con que están ejecutadas y la exactitud de los colores de las distintas partes componentes de los mosquitos, el Stegomyia fasciata, el Culex Fatigans, el Taeniorhynchus fasciolatus, el Anopheles Argyrotarsis, el Mansonia titilans, el Sabethes longipes, el Trichoprosopon Nivipes, etc.

El texto, naturalmente, corresponde á estas bellezas, y los estudios microscópicos, anatómicos y fisiológicos que le constituyen, demuestran la competencia de su autor.

No cabe duda que es el Brazil una nación que, como la República Argentina, constituye uno de los florones de más valía de la América latina, siendo de lamentarse que en nuestro país no sean suficientemente conocidos los trabajos sudamericanos.

Felicitamos sinceramente al Museo Goeldi por estas producciones, y no desistimos del empeño de dar á conocer en la «Crónica» los notables trabajos y publicaciones de esas ilustradas y progresistas Repúblicas, cuyo valor científico es digno de ser estimado y justamente valorado por nosotros.

ANALES DE LA ESCUELA DE MEDICINA.

Esta elegante y útil publicación, cuyo anuncio figura entre los que lleva el presente número, ha dado á luz su primer número del 2° tomo con fecha 15 del próximo pasado mes de Octubre, y continuará apareciendo con la regularidad acostumbrada.

SUMARIO.

Sección V.—La Falacia del mosquito en la fiebre amarilla, por el Dr. Agustín M. Fernández de Ibarra, residente en Nueva York. (Continuará.)—Sección XVII.—*Terapéutica*. Tétano, aplicación de las inyecciones de suero antitetánico, curación, por el Dr. Melesio de Anda.—Las entero-colitis y su tratamiento (segundo artículo), por el Dr. E. L. Abogado.—Un caso reciente de envenenamiento por mordedura de serpiente, por el Dr. José M. Rosas, de Teapa, Tab.—Sección XXX.—Bibliografía.—Necrología. El Sr. Dr. Fortunato Arce, por el Sr. Dr. Aurelio Padilla, de Guadalupe, Zac.—Notas.

Tomo VIII. México, Diciembre 1º de 1905. Núm. 12.

CRONICA MEDICA MEXICANA

REVISTA DE MEDICINA, CIRUGIA Y TERAPEUTICA

(ESPECIALMENTE ALCALOIDOTERAPIA Y SEROTERAPIA)

—Y—

ORGANO DEL CUERPO MEDICO MEXICANO.

DIRECTOR PROPIETARIO

DR. ENRIQUE L. ABOGADO.

Miembro correspondiente de la «Societé Obstétricale de France, París» y honorario de la «Societé de Thérapeutique Dosimétrique de París.

JEFES DE REDACCION:

Dr. Duque de Estrada, Juan.—Profesor adjunto de Obstetricia de la E. N. de Med.

Dr. Godoy Alvarez Manuel.—Cirujano del Hospital General.

Dr. Mejía, Demetrio.—Profesor de Clínica Interna (3er. año) de la E. N. de Med.

Dr. Suarez Gamboa, Ricardo.—Cirujano del Hospital *Morelos*.

Dr. Vazquez Gomez, Francisco.—Profesor de Patología Externa de la E. N. de Med.

Dr. Zarraga, Fernando.—Profesor adjunto de Obstetricia de la E. N. de Med.

Sres. Dres. Manuel Carmona y Ramon Reynoso.—Sección de Medicina y Cirugía Dental.

Prof. Juan B. Calderon.—Preparador de Farmacia é Hist. de Drogas de la E. N. de Med.

Prof. Jose de la L. Gomez.—Sección de Medicina Veterinaria.

SECCIÓN V.

LA FALACIA DEL MOSQUITO EN LA FIEBRE AMARILLA

CRITICA DE LA TEORIA ETIOLOGICA

DEL MOSQUITO HEMBRA DE LA ESPECIE STEGOMYIA FASCIATA EN LA FIEBRE AMARILLA

POR EL

DR. AGUSTIN M. FERNANDEZ DE IBARRA

Residente en Nueva York.

(Continuación.—Véase el número anterior, págs. 281 á 296.)

Sexto argumento.—Según varios observadores (y yo hice recientemente en Cuba algunos experimentos de igual naturaleza), el mosquito *Anopheles*, cuando se encuentra en sus condiciones nativas naturales, *y en entera libertad*, NO PICA á los atacados de fiebres maláricas DURANTE EL ACCESO FEBRIL.

Y me pregunto yo, ¿sucederá lo mismo con el mosquito *Stegomyia fasciata* en completa libertad natural, en su ambiente nativo, y durante el curso de un ataque positivamente diagnosticado de fiebre amarilla?

Los experimentos hasta ahora hechos con el mosquito hembra, porque dicen mis contrincantes que el macho no pica, de la especie *Stegomyia*, han sido completamente experimentos de laboratorio, esto es, *con el mosquito en cautividad y sujeto á condiciones artificiales*.

Esa falta de libre voluntad del mosquito *Anopheles* para alimentarse de una sangre febril que su instinto natural le indica hallarse entonces envenenada, puede que resulte también con el mosquito *Stegomyia fasciata*, y me

hace recordar un hecho innegable, y muy curioso, que ocurre diariamente con un ave carnívora en los campos de Cuba. Es éste:

Que cuando muere una res de la enfermedad llamada por los labriegos cubanos ó *guajiros,* «cangrina» ó «cangrena,» y que no es otra que el carbunco sintomático ó *charbon,* que dicen los franceses, y que la gente de campo en Inglaterra y los Estados Unidos llama «*joint murrain,*» «*black quarter*» ó «*blackleg,*» las voraces aves llamadas *auras tiñosas (cathartes aura)* no se comen el cadáver de aquella res, *ni á él siquiera se acercan.* Ellas se comen con avidez los cadáveres de reses muertas de cualquiera otra enfermedad; pero su natural instinto de preservación de la vida les dice que aquel manjar apetitoso está envenenado. Y no lo tocan.

Mas ¡oh instinto admirable de aquella ave carnívora, Jefe superior y oficial ejecutivo de Sanidad Natural de los campos de Cuba! Tan pronto como el labriego ó *guajiro* cubano, por temor de que una mosca, ó un mosquito, una avispa, abeja ó garrapata se contamine picando el cadáver de la res muerta, y luego pique á una de sus otras reses en perfecto estado de salud, inoculándole así la mortífera enfermedad, hace una hoguera y quema aquel cadáver, el aura tiñosa entonces se precipita sobre el manjar, ya libre con ese procedimiento sanitario del veneno, y se lo come con delicia.

¡Qué admirable percepción intuitiva en esa ave carnívora de los efectos salutíferos de la desinfección por medio del fuego!

¡Y que haya todavía en el siglo XX hombres de ciencia que no quieren reconocer lo que hasta las auras tiñosas de la Isla de Cuba (en México le dicen *zopilote)* reconocen como una verdad inconcusa! ¡Hombres de ciencia que, respecto al contagio de la fiebre amarilla niegan hasta al fuego lo que conceden á la simple ausencia del mosquito! [1]

Con la hoguera que el guajiro cubano hace, además de la desinfección del cadáver de la res envenenada, mueren ó se ahuyentan las moscas, mosquitos y demás avechuchos que hacían al aura tiñosa temerosa de acercarse, porque su natural instinto de preservación de la vida le indicaba que aquellas moscas, mosquitos, avispas, abejas y garrapatas que hormigueaban encima de la res muerta de carbunco sintomático, eran otros tantos enemigos peligrosos de los cuales debía ella igualmente precaverse, á fin de que no le inoculasen, picándole la calva cabeza ó el desnudo cuello, el germen de aquella mortífera enfermedad. Y con ello demuestra el aura tiñosa que reconoce como eficaces transmisores del contagio, no solamente á los mosquitos, sino también á las moscas, avispas, abejas, vivijaguas, hormigas bravas, garrapatas y demás *insectos picadores y chupadores de sangre.*

No puedo resistir la tentación de hacer otra pública alabanza de ese aéreo celador natural de higiene, que en Centro América le llaman «*limpia-mundo,*» siquiera sea en agradecimiento de sus meritísimos servicios sanitarios, recientemente prestados por ella á mi patria, durante el funesto período de la

1 La Comisión del Instituto Pasteur de París evitó caer en este error craso de la Comisión de cirujanos americanos, manifestando en una de sus conclusiones que el germen de la fiebre amarilla (cualquiera que éste sea, puesto que no se conoce todavía, y que pasa al través del filtro de Berkefeld, y de la bugía F. de Chamberland) queda en estado inerte cuando se expone la sangre defibrinada de un enfermo de fiebre amarilla á una temperatura de 55° C. durante cinco minutos. Véase el informe oficial de esa Comisión, publicado en los «*Anales de l'Institut Pasteur,*» tomo XVII, núm. 11, Noviembre de 1903.

reconcentración de los campesinos. Y creo que con ello, de pasada, hago evidente otro *argumento de sentido común* en contra de la teoría etiológica del mosquito *Stegomyia fasciata* en la fiebre amarilla, á la vez que pongo de manifiesto, en una forma enteramente nueva, la gran verdad que encierra el antiguo dicho popular de que «la tiranía del estómago es la más cruel de las tiranías.» [1]

Cuando el aura tiñosa, pues, tiene hambre y no encuentra carne de cualquiera clase y condición que sea, de que alimentarse, y se ve por lo tanto en la imperiosa necesidad de recurrir al duro trance de comer cangrejos aciguatados en los manglares de las playas, es sumamente curioso é instructivo observar el arbitrio de que se vale esa especie de águila cubana para satisfacer su apetito.

Como el pacífico crustáceo de los manglares no le presenta punto vulnerable alguno donde meter su fuerte y afilado pico rapiñador, se le va ella acercando á saltitos, y le da por fin un aletazo. Su objeto es mortificarlo y enfurecerlo, y para que no se le escape escondiéndose mansamente en su cueva, ataca al cangrejo siempre en dirección contraria á su cueva. Otro aletazo le da, y otro, y otro, hasta que, logrado su intento de tenerlo ya enfurecido, extiende un ala sobre la superficie del suelo y deja que en su punta haga presa el cangrejo. Satisfecha el aura de lo firme que ya se ha hecho el crustáceo en la extremidad de su ala, alza entonces lenta y majestuosamente el vuelo batiendo sólo el ala libre, llevándose consigo al incauto y enfurecido cangrejo, y una vez remontada á considerable altura en el aire agita fuertemente la pesada ala, desprendiéndose entonces y cayendo al duro piso, despachurrándose en cien pedazos, el pobre cangrejo.

Una ó dos ó tres plumitas menos de la punta de una ala, ¡qué le importa esta pérdida á ese aéreo y sagaz inspector natural de higiene pública! Deshecho ya de ese modo en cien pedazos el invulnerable crustáceo, de sus frías y blancas carnes, y de sus pestíferos líquidos multicolores, satisface su hambre devoradora el victorioso Jefe ejecutivo de Sanidad Natural de los campos de Cuba.

Quizás el infortunado mosquito de los laboratorios de experimentaciones sobre la fiebre amarilla, cautivo en un frasco de vidrio, viviendo en una atmósfera completamente artificial, con un vuelo muy restringido, y dándose terribles costalazos cada vez que engañado por la transparencia del vidrio trata de recobrar precipitadamente su perdida libertad; nutriéndose con un alimento por completo extraño (terroncitos de azúcar); en compañía forzosa de otros mosquitos que tal vez le incomoden ó martiricen; alejado de sus afecciones y aficiones naturales, este mosquito, repito, es muy factible QUE PIQUE el brazo del enfermo atacado de fiebre amarilla, y cuya sangre febril está envenenada, que allí dentro de aquel frasco que le sirve de cárcel se introduzca, MÁS DE DESESPERACIÓN O POR NECESIDAD DE ALIMENTO APROPIADO que por natural inclinación.

¡Como igualmente le sucede á la desdichada aura tiñosa, que obligada por la necesidad y no guiada por su natural instinto se alimenta de cangrejos aciguatados!

Agua y terroncitos de azúcar es lo que ha tenido el prisionero mosquito, ó más propiamente dicho, la mosquita, para alimentarse. ¡Qué de extraño tie-

1 *Nota Bene.*—No hago alusión á los adoradores del Becerro de Oro, á que me refiero en la introducción de esta monografía.

ne, pues, que con tanto *paladeo* (como el que se les da á los bebés) *madame la moustique se trouvait mise en colère!*

Séptimo argumento.—En esa novelesca teoría del mosquito hembra de la especie *Stegomyia fasciata*, en esa leyenda dorada que ha *dorado* los bolsillos y la reputación científica de más de cuatro caballeros particulares, se comete una evidente sinécdoque *tomando una parte por el todo.*

Lo que hay de cierto, lo que sucede real y positivamente al tratar de exterminar los mosquitos, de cualquier especie que sean, y en cualquier lugar que con mucha profusión se crien, es que con las medidas y precauciones que para ello se adoptan, rellenando pantanos, charcas, zanjas, lagunatos, etc., desecando ciénegas, manglares, represas, depósitos de aguas insalubres de cualquier clase que sean, haciendo desaparecer basureros y depósitos de inmundicias, echando petróleo crudo en el agua de esos lugares para evitar la procreación de los mosquitos, y, en suma, haciendo que desaparezcan todas las demás fuentes de perniciosas emanaciones, así como también evitando por medio de un buen drenaje el depósito inconveniente de las aguas llovedizas, se atribuye luego el buen resultado obtenido con todas estas medidas sanitarias NO Á LA DESAPARICIÓN DE LA CAUSA PRODUCTORA, sino á UNO DE SUS EFECTOS, que es la destrucción de los criaderos de mosquitos.

El Dr. William C. Gorgas, siendo Jefe de Salubridad de la ciudad de la Habana, y cuando principió allí su campaña contra los mosquitos para acabar con la fiebre amarilla, QUE YA SIN ESA CAMPAÑA HABÍA DESAPARECIDO DE TODO EL RESTO DE LA ISLA DE CUBA, llega hasta el punto verdaderamente increíble de publicar lo siguiente: «Que la epidemia aumentó considerablemente con el empleo de los medios usuales de desinfección.»[1]

Y recuérdese lo que ya antes he hecho constar, de que la Comisión científica que hizo experimentos sorprendentemente similares en el Brasil, á los que tres años antes se habían efectuado en Cuba por otra Comisión científica, ha publicado igualmente lo siguiente:

«Que los pacientes (tres italianos con quienes se hicieron los experimentos) se hallaban *en mucho mejores condiciones de salud* que cuando entraron en el hospital,» después de haber permanecido 10 noches uno de ellos, 9 noches el segundo y 8 el otro, en una habitación cuya «atmósfera era sofocante y estaba impregnada de moho archiconcentrado.»

En cambio véase lo que publicó la «*Gaceta clínica de S. Paulo*,» de fecha 1º de Julio de 1903:

«Casos importados de campiñas determinaron en la ciudad de Descalvado en 1892 una epidemia (de fiebre amarilla) que hizo 170 víctimas. El año siguiente hubo una nueva epidemia, *ya espontánea*, que produjo 56 defunciones. En 1894 se presentó una tercera epidemia, *también espontánea*, que ocasionó 91 víctimas.

«El Dr. Vital Brazil resolvió hacer la desinfección *de todas las casas*, una por una, y hasta hoy esa ciudad consérvase limpia de fiebre amarilla. Sin guerra á los mosquitos.»

¡Pues no digo yo, si así es como se han concluído siempre todas las epidemias de fiebre amarilla!

Octavo argumento.—La irregularidad con que se presentan las epidemias

1 Véase el *Informe Mensual sanitario y demográfico de la Habana*, correspondiente al mes de Febrero de 1901, presentado al Gobernador General de la Isla de Cuba en aquella época, Dr. y Gral. Leonard Wood.

de fiebre amarilla en ciertas localidades infectadas, como por ejemplo, en Jalapa y Orizaba, México, en Río Janeiro, en el Istmo de Panamá y en otras varias localidades, en las cuales el mosquito *Stegomyia fasciata*, hembras y machos, se encuentra en todas las épocas del año, y todos los años, la fiebre amarilla hace su aparición en ellas de tiempo en tiempo, á intervalos irregulares. ¿A qué se debe este fenómeno?

«En 1860 hubo una epidemia de fiebre amarilla en Río Janeiro, que causó la muerte á 1,249 personas, y la que se presentó tres años después, en 1863, no produjo ninguna defunción.» [1]

En la discusión que tuvo efecto el día 20 de Abril del año pasado en la Academia Nacional de Medicina de México, sobre «*Algunos puntos oscuros en la etiología de la fiebre amarilla*,» los Dres. José Olvera y Gregorio Mendizábal llamaron la atención de aquella Corporación científica hacia el hecho innegable de que en la ciudad de Orizaba tan sólo cada 8 ó 9 años hay epidemias de fiebre amarilla. [2]

Noveno argumento.—¿Cómo se originó el primer caso que hubo de fiebre amarilla, sin la supuesta *indispensable* cooperación del llamado «huésped intermediario?» ¿Se realizó acaso por generación espontánea, y luego vino el mosquito hembra de la especie *Stegomyia fasciata* á meter su prosboscis á fin de ser desde entonces *el indispensable factor complementario?*

Décimo argumento.—¿Cómo se explica que existiendo el mosquito *Stegomyia fasciata* en las localidades en que la fiebre amarilla es endémica los individuos nacidos en ellas no son picados por dicho mosquito, puesto que si lo fueran sufrirían la enfermedad?

«Esto es tan sabido (dijo el Dr. José Olvera, en la discusión antes referida en la Academia Nacional de Medicina de México) que señoras acomodadas de Orizaba, Jalapa, etc., van á Veracruz á pasar sus partos, para de ese modo dejar inmunes (contra la fiebre amarilla) á sus hijos.»

Décimoprimero argumento.—Suponiendo, y es mucho, muchísimo, demasiado suponer, que al fin el Dr. William C. Gorgas hubiese logrado exterminar todos los mosquitos infectados de fiebre amarilla, sus huevos, sus pupas y sus larvas, no solamente de la ciudad de la Habana, DONDE ÚNICAMENTE SE TRATÓ DE CONSEGUIR ESE UTÓPICO PROPÓSITO, sino también los de todas las ciudades, villas, pueblos, aldeas y caseríos marítimos y no marítimos de la Isla de Cuba, donde antes hubo y ya el 15 de Febrero de 1901 no existía, pero que puede volver á presentarse, la fiebre amarilla, ¿se evitó con esto que volvieran mosquitos infectados á cualquiera de esos poblados?

Durante el procedimiento de la pretendida y falaz exterminación de los mosquitos infectados EN LA CIUDAD DE LA HABANA ÚNICAMENTE, no queda duda de que muchas veces debió haber ocurrido que dichos mosquitos se escaparan á los vecinos manglares, pantanos, lagunas cenagosas, lagúnatos ó charcas, cañadas, represas, estanques, etc., conducidos por un fuerte viento que soplara en la dirección de aquellos lugares. Y lo que resultó en aquel entonces seguirá en la actualidad ocurriendo, tanto en una como en la otra dirección, con los cambios de ventoleras. Esto está perfectamente bien sabido. Y

1 Véase el artículo del Dr. J. Sanarelli, Profesor de Higiene en la Universidad de Boloña, Italia, que titulado *La Fièvre Jaune d'après les plus récents travaux*, se publicó en «*La Presse Médicale*,» de París, el sábado 20 de Agosto de 1904.

2 Véase «*La Escuela de Medicina*;» de la capital de México, de fecha 30 de Abril de 1904, página 185.

esta es la explicación de la relación que guarda el viento con la mayor ó menor abundancia de mosquitos en una localidad cualquiera. Las lluvias y la temperatura más ó menos alta ejercen igualmente en ello una gran influencia.

Y no se nos diga que habiéndose una vez logrado exterminar todos los mosquitos contaminados EN LA HABANA ÚNICAMENTE, entiéndase esto bien, los que fueron luego allí de los vecinos pantanos, manglares, lagunas cenagosas, lagunatos, cañadas, represas, arroyos, arroyuelos y zanjas vecinas serían inofensivos, puesto que además de haberse podido escapar algunos millones de ellos, pudieron los nuevos invasores transmitir el paludismo ó la fiebre amarilla con mayor virulencia que antes, debido á su temporada de veraneo en su ambiente genuinamente propicio.

Hay más aun todavía. Tantos millares de millones de nuevos invasores constituirían otra vez una perenne amenaza y serían la prueba evidente, dolorosa y zumbona de la completa derrota de sus perseguidores. Como igualmente un recio aguacero tropical de un par de horas hace inútil la campaña del petróleo crudo en la superficie de aguas estancadas, desbordándolas. Que es lo que acaba de ocurrir varias veces en la epidemia de fiebre amarilla que está sufriendo Nueva Orleans en la actualidad.

Y quiero recomendarle al Dr. Gorgas y á sus entusiastas imitadores el descubrimiento científico en alto grado, ingenioso y de muy poco costo, que hace poco tiempo hizo un paisano suyo en estos Estados Unidos para exterminar mosquitos.

La música es el agente que para ese objeto se emplea, auxiliada luego por la electricidad.

Music, in Shakespeare's day, had «charms
To soothe the savage breast,»
But now 'tis used, with force and arms,
To slay the Jersey pest.

No longer do we oil the creek,
No more we drain the damp;
Yet «skeets» no more swarm dense and thick
Around the evening lamp.

No more we hear their joyous «zoon,»
No more we feel their sting;
They're lured to death by that same tune
Themselves did erstwhile sing.

Autor anónimo. [1]

---

1 Para aquellos de nuestros lectores á quienes no sea familiar el idioma inglés, hacemos la traducción libre que sigue de las estrofas humorísticas anteriores.

La música en los tiempos de Shakespeare tenía
Sobre ímpetus salvajes encantos y poder. . . . . .
Hoy se usa militante, con fuerza y energía,
Para vencer la peste en campos de Jersey.

No oleamos con petróleo el charco y la barranca;
La ciénega y pantanos no hacemos desecar. . . . . .
Y así de los mosquitos la nubecilla blanca
No gira ante las lámparas que alumbran el hogar.

El descubrimiento se llevó á cabo pegando con cola, goma, engrudo ó cemento, una partida de mosquitos vivos, fuertes y robustos, á la superficie del vidrio de una ventana, y cogiendo después, por medio de un diapasón, la nota exacta del canto de los mosquitos, esto es, científicamente expresado, el grado de elevación de la nota producida por las vibraciones de su canto ó zumbido.

El descubridor encontró que el aparato auditivo del mosquito (con dificultad podría llamársele el oído) es mucho más sensible y fino que el que nosotros tenemos. Consiste de pequeñísimas fibrillas, trescientas veces más largas que gruesas, y las cuales irradian de cada una de las doce articulaciones que tiene el mosquito en sus antenas. Esas fibrillas están tan bien afinadas, que pueden coger sonidos musicales que varían en la escala desde el *mi* mediano hasta el *mi* mayor.

El insigne sabio descubrió también que el objeto de este exquisito mecanismo auditivo del mosquito es saber dónde se halla su compañero ó compañera en una noche oscura, tan sólo con oir su canto. Y por medio de una cuidadosa serie de experimentos, encontró que el pequeño insecto alado y musical puede hacer vibrar las dichas fibrillas hasta el grado de elevación ó timbre de una nota particular, y aumentar grandemente el número de las vibraciones por segundo; pero siempre, sin embargo, en armonía con la nota que le sirve de base. Su compañero ó compañera le contesta haciendo su canto precisamente en aquella misma nota.

Produciendo, por consiguente, en un instrumento musical (un violín, por ejemplo), esa nota que sirve al mosquito de pauta, todos los mosquitos que se encuentran en los alrededores acuden en seguida precipitadamente al lugar donde se toca el instrumento. Todo el sistema nervioso del alado insecto, según dice el descubridor de este maravilloso hallazgo científico, queda paralizado cuando suena la nota referida, y desde gran distancia es irresistiblemente atraído hasta darse de bruces con el instrumento encantador.

Basándose en todo esto, no hay más que tocar el violín dentro de una gran jaula abierta, hecha de tela metálica, cerrarla cuando vengan los mosquitos, y luego matarlos todos juntos de un solo golpe maestro, *y humanitario,* con una fuerte corriente eléctrica.

Mientras se adopta este nuevo y estético sistema de matar mosquitos, en sustitución del grosero y pestífero medio usual con el petróleo crudo, tocando una melodiosa romanza en el violín, me parece á mí que el extraordinariamente científico descubridor del nuevo aparato músico-eléctrico va á tener que estar muchos años *tocando su violón.*

Décimosegundo argumento.—Si fuese cierto, como se pretende, que «en ausencia del mosquito la fiebre amarilla no ofrece peligro alguno,» quedaría para siempre negada la eficacia del fuego en la desinfección. Se le quitaría así al fuego, como antes dije, lo que sin embargo se le concede á la simple ausencia del mosquito. Y tamaña monstruosidad científica es á todas luces repugnante.

Y no á la ausencia de todas las clases de mosquitos, téngase esto bien

No oímos ya su alegre, arrullador zumbido. . . . . .
Tampoco percibimos su tóxico aguijón. . . . . .
Poco á poco, suicidas, hasta la tumba han ido
Por su perpetua música y vigoroso orfeón.

Por la traducción, Dr. E. L. Abogado.

presente, sino á una familia especial de ellos. Y no á todos los miembros de esa familia especial, sino tan sólo á las hembras. Y no tan solamente á las hembras de esa familia de mosquitos, sino á las hembras que estén fecundadas.

Si resultase verdad, como se trata de hacer creer que lo es, que las ropas de toda clase, incluso el mismo enfermo, contaminadas con el germen de la fiebre amarilla (que todavía no se sabe ni remotamente cuál es, ni aún siquiera se sospecha su naturaleza, téngase esto bien presente también), no pueden transmitir esa enfermedad sin que venga el mosquito *Stegomyia fasciata*, á modo de Sumo Pontífice, á interponer su necesaria mediación, á dar, como si dijéramos, *su dispensa* al contagio, entonces las cuarentenas, tal como hoy existen, resultarían un mito para impedir la introducción de la fiebre amarilla.

Para impedir en un puerto cualquiera la entrada de las enfermedades contagiosas, no habría más que hacer lo siguiente:

Contra la fiebre amarilla. . . . no darle entrada á ningún mosquito que venga en el buque procedente de un lugar infestado de esa enfermedad; contra el cólera morbus. . . . destruir por completo todas las moscas, sus huevos y sus larvas á bordo del barco; contra la peste bubónica. . . . no dejar pasar ninguna pulga, ni desembarcar ninguna rata.

Se acabarían entonces los aparatos y las estufas de desinfección de todo género como precauciones contra el contagio de esas enfermedades, y el empleo, con el mismo fin, del azufre, del ácido fénico, el fenol, el formol, el timol, los cloruros é hipocloritos, el ácido sulfuroso, los sulfitos é hiposulfitos, el sulfuro de carbono, la creosota, la creolina, la resorcina, la salicilina, la naftalina y los naftoles, el formaldehido, el permanganato de potasio, el bióxido de hidrógeno y el agua oxigenada. Habría entonces, en suma, que reirse á carcajadas de la limpieza y el aseo. ¡Ya lo creo! ¡Cuando hasta al fuego se le niega su poder como medio de desinfección!

Décimotercero argumento.—¿Puede el mosquito hembra de la especie *Stegomyia fasciata*, fecundada ó infectada de fiebre amarilla, transmitir á su prole el poder de inoculcar dicha enfermedad? La Comisión de cirujanos americanos no nos dice una palabra sobre este punto, que es muy importante. El mosquito que nazca de los huevos de la madre que se contaminó durante el período de su fecundización, me parece á mí que también deberá ser, como su madre, EL UNICO Y EXCLUSIVO TRANSMISOR de la fiebre amarilla.

Décimocuarto argumento.—¿Puede el mosquito hembra de la especie *Stegomyia fasciata* infectarse con el germen de la fiebre amarilla (cualquiera que éste sea, y que no sabemos todavía ni tan siquiera de qué naturaleza es) de algún otro modo que picando á un enfermo de dicha enfermedad? La Comisión de cirujanos americanos tampoco nos dice una palabra sobre este punto, que es muy importante.

Pero es que dicha Comisión confiesa francamente que tampoco sabe si otra clase de mosquito que el *Steyomyia fasciata* transmite también la enfermedad. Ella hizo experimentos tan sólo con esta clase especial de mosquitos, y sin embargo afirma y reitera que el *Stegomyia fasciata* ES LA UNICA Y EXCLUSIVA CLASE TRANSMISORA DE LA FIEBRE AMARILLA.

Décimoquinto argumento.—¿Cómo puede explicar la Comisión americana el hecho innegable de que por regla general sean únicamente los puertos de mar, y ciertas zonas particulares del globo terráqueo, donde existe la fiebre amarilla, cuando el mosquito *Stegomyia fasciata* también se encuentra en otras partes?

Décimosexto argumento.—¿Cómo explica la Comisión de cirujanos americanos la persistencia de la fiebre amarilla á bordo de los buques de vela en alta mar, cuando no hay mosquitos de la especie *Stegomyia fasciata*, ni de ninguna otra especie, que puedan transmitir la enfermedad de un individuo de la tripulación atacado á otro individuo sano, y algunas veces teniendo lugar esa transmisión de la enfermedad durante un invierno muy crudo y prolongado? ¿No le sugiere este hecho incontrovertible á la Comisión la posibilidad de que las chinches ó las pulgas ó cualquier otro insecto doméstico sean los agentes transmisores de la fiebre amarilla en estos casos?

Décimoséptimo argumento.—En el debate que sostuve en el Gongreso Sanitario Internacional, celebrado en la Habana en Febrero del año 1902, con los apasionadamente enamorados defensores de la teoría absolutista del mosquito hembra de la especie *Steyomyia fasciata* como único medio transmisor y propagador de la fiebre amarilla, propuse al Dr. Valery Havard, Jefe Superior entonces de Sanidad Militar del ejército de los Estados Unidos en Cuba, en aquella época de la Intervención americana, y que presidía la sesión del referido Congreso, que para probar si era una verdad esa teoría, sometiéndola á una prueba crucial, el Gobierno interventor americano diese la orden de que á todo individuo que fuese atacado de fiebre amarilla, se le dejase en su casa exactamente en las mismas condiciones que se encontrara, sin hacer allí desinfección alguna, ni mejora sanitaria de ninguna especie, cuidando tan sólo de cubrir por completo la cama del enfermo con un tupido mosquitero, y cerrando con tela metálica muy fina los huecos de todas las puertas y ventanas, postigos y agujeros de cualquier clase de la casa, por donde pudieran entrar los mosquitos, á fin de cerciorarse positivamente de ese modo de lo que ellos con tanta seguridad proclamaban que era una verdad científica, esto es, que aquel enfermo «en ausencia del mosquito no ofrecía peligro alguno.»

El Dr. Valery Havard, en nombre del Gobierno interventor americano, me contestó que no podía darse semejante orden.

Yo consideré entonces aquella rotunda negativa, ó más propiamente dicho *evasiva*, y sigo todavía considerándola así, como la firma, por su más caracterizado defensor, de la sentencia de muerte de esa ilusoria y falaz doctrina. En la mente del Dr. Havard debió incuestionablemente existir la duda, el temor secreto, recóndito en su conciencia, de que su teoría pudiese de esa manera resultar fallida.

En aquel Congreso Sanitario, en el que había más de un centenar de médicos cubanos,—la flor y nata de la profesión en la Isla de Cuba—no hubo entre todos ellos UNO SOLO que apoyase mi crítica, ni que manifestase estar de acuerdo con mi opinión (por temor, ó *prudencia*, varios de ellos, que antes de entrar en sesión me habían personalmente manifestado estar de acuerdo con mis ideas, por temor, repito, á la imponente presencia de un gran número de médicos militares americanos vestidos de uniforme que allí había); así fué que al ponerse á votación la adopción de la novelesca teoría del mosquito hembra de la especie *Stegomyia fasciata*, quedó ésta aprobada POR UNANIMIDAD, con la evidencia únicamente en contrario de mi voto personal, que era el de uno de los Secretarios de aquel Congreso. Yo con mil amores acepté entonces, y sigo lleno de regocijo aceptando todavía, todo el descrédito, si en ello lo hay, y toda la responsabilidad de ser EL UNICO MEDICO HIJO DE CUBA que públicamente negó entonces, y sigue aún negando, esa falacia.

Décimooctavo argumento.—Durante la dominación española en las islas

de Cuba y Puerto Rico, en los hospitales militares se hallaban todos los soldados enfermos de fiebre amarilla juntos, sin separación alguna, con los demás soldados enfermos de distintas enfermedades. Nadie hacía caso allí de los mosquitos, que abundaban y pululaban por todas partes. Si esos pequeños insectos voladores y zumbones fuesen, como se pretende, LOS UNICOS TRANSMISORES Y PROPAGADORES DE LA FIEBRE AMARILLA, no se explica cómo en aquellos hospitales todos los enfermos, ó por lo menos una inmensa mayoría de ellos, que eran en su totalidad *no inmunes á la enfermedad*, no hubiesen sido atacados del terrible «vómito prieto.» Y se sabe perfectamente bien que tan sólo un 4 ó 5 % de ellos se contagiaba de fiebre amarilla en esos hospitales. De modo que puede con seguridad decirse que el 95 % de aquellos enfermos no inmunes á la fiebre amarilla, fueron picados por mosquitos contaminados sin que les diera la enfermedad.

Debiéndose además tener presente, y descontar circunstancia tan propicia á la infección y al contagio, las pésimas condiciones higiénicas en que se encontraban en aquella época dichos hospitales militares.

Décimonoveno argumento.—Se sabe positivamente que á los 43 grados de latitud Norte no existe el mosquito *Stegomyia fasciata*, y esto lo ha repetido hace pocos meses el profesor A. Chantemesse en una comunicación presentada á la Academia de Medicina de París.[1]

Y yo pregunto: ¿Cómo se explica entonces el hecho innegable de que hayan habido tantas epidemias de fiebre amarilla en latitudes aun más septentrionales?

Por ejemplo: En Marsella, situada á los 43° 18' de latitud Norte; en San Nazario (47° 30' N.); en Brest (48° 23' N.); en 1865 en Swansea, Inglaterra (51° 37' N.) y también, anteriormente, en Talmouth (58° 8' N.) y Southampton (50° 44' N.); en Liorna, Italia (43° 32' N.); y en Trieste, Austria, (45° 38' N.), el año de 1894?

En esta ciudad de Nueva York hubo varias epidemias de fiebre amarilla en los siglos XIX, XVIII y XVII.

La ciudad de Filadelfia, después de haber gozado un período de 31 años sin tener un caso siquiera del tifus amarillo, fué víctima en 1793 de una desoladora epidemia de esa enfermedad, que en cuatro meses ocasionó la muerte á un total de 3,861 personas, como sigue: En Agosto, 325 defunciones; en Septiembre, 1442; en Octubre, 1976; y en Noviembre, 118.

Refiriéndose al origen de esa calamidad pública, el famoso Dr. La Roche dice en su obra clásica sobre la fiebre amarilla lo siguiente: «El Dr. Rush y otros médicos creían firmemente que la epidemia tuvo su origen en un cargamento de café averiado que se importó en el mes de Julio, y que permaneció á la intemperie sobre el muelle en condiciones que favorecían su descomposición. El olor que despedía ese café era en alto grado putrescente y ofensivo, y á tal extremo llegó esto que las personas que habitaban las casas próximas á aquel lugar, en las calles de Water y Front, se vieron en la necesidad de tener constantemente cerradas las puertas y ventanas.»

Boston sufrió una epidemia de esa terrible enfermedad el año de 1693, y luego varias otras más, en 1798, 1802, etc.

Filadelfia tuvo su primera epidemia de tifus icteródes en 1699, New Haven (Estado de Connecticut) en 1742, Norfolk (Estado de Virginia) en 1747, Provi-

1 Léase el «Bulletin de l'Académie de Médecine,» No. 6, Séance du 7 février 1905.

dence (Estado de Rhode Island) en 1794 y también ese año Baltimore (Estado de Maryland).

En 1797 Filadelfia sufrió otra epidemia que ocasionó la muerte á 1300 personas. Y el año siguiente (1798) ocurrió allí otra epidemia aún más mortífera, y que se propagó, sin la existencia de criminales mosquitos hembras de la especie *Stegomyia fasciata*, á las ciudades de Boston (donde mató 200 personas), Portsmouth, en el todavía más septentrional Estado de New Hampshire (ocasionando allí 100 defunciones), Newport, en el Estado de Rhode Island (que tuvo 2 muertos), en New London, Estado de Connecticut (donde produjo 81 defunciones), la ciudad de Nueva York (á la que le arrancó 2,080 víctimas), Wilmington, Estado de Delaware (donde mató 250 personas), y Charleston, en la Carolina del Sur. La mortandad que esta otra aterrorizante epidemia causó en la ciudad de Filadelfia solamente llegó al número de 3,645 personas.

En 1802 hubo fiebre amarilla otra vez en Filadelfia, en Baltimore, Boston, Wilmington y Charleston.

Todos estos son datos históricos, que nadie puede poner en duda.

Y todas esas ciudades, tanto europeas como de estos Estados Unidos, se vieron libres de la pavorosa fiebre amarilla SIN GUERRA Á LOS MOSQUITOS.

Vigésimo argumento.—Según los recientes experimentos hechos por algunos investigadores, el año pasado en la ciudad de Laredo, Estado de Tejas, durante la epidemia de fiebre amarilla que allí entonces reinaba, se demostró que las larvas y las pupas del mosquito *Stegomyia fasciata* pueden llegar á su completo desarrollo fuera del agua. De modo que al vaciar sobre el suelo, ó la tierra, los receptáculos de agua en que esas larvas y pupas existen, ó desecar las charcas y lagunatos donde ellas se crían, no se destruyen por eso los tales criaderos de mosquitos, puesto que las dichas larvas y pupas resisten la desecación y siguen su curso evolutivo de desarrollo hasta el estado de mosquito volador SIN NECESIDAD DEL AGUA. El profesor Howard, de la Institución Smithsoniana de Washington, también ha hecho iguales experimentos y observaciones.

Vigésimoprimero argumento.—Todo el mundo sabe que al caer una escarcha en una región cualquiera que esté sufriendo una epidemia de fiebre amarilla, desaparece en seguida como por encanto ese calamitoso azote. La ligera helada no mata á los mosquitos, que continúan viviendo durante todo el año en donde la temperatura atmosférica nunca, ó muy rara vez, llega al punto de congelación del agua. Luego, por consiguiente, la escarcha mata *algo* que no es mosquitos, y que es lo que sostiene en actividad á las epidemias de esa temible enfermedad.

Eso es lo que ocurre siempre, y lo que precisamente acaba de ocurrir en la actualidad en la epidemia que durante este verano ha desolado á Nueva Orleans y otras varias poblaciones de los Estados de Luisiana, Mississippi, Alabama y Florida, en cuya región americana los mosquitos existen durante todo el año entero.

* * *

Bastan estos argumentos y razonamientos para llevar al ánimo de todo juez imparcial la convicción de que la medida sanitaria de dar caza y tratar de exterminar los criaderos de mosquitos en la Habana, á fin de apoyarse en ella para decir que la desaparición de la fiebre amarilla de la Isla de Cuba es debida únicamente á la destrucción de esos inextinguibles insectos volado-

res y zumbones, no se encuentra NI CIENTÍFICA NI LÓGICAMENTE BIEN FUNDADA, porque no se ajusta á los preceptos más rudimentales de un análisis científico, y además porque esa misma teoría en importantes particulares de un todo se contradice.

La explicación del glorioso hecho, porque ese sí que incuestionablemente tiene muchísimo mérito, es que el Gobierno Federal de los Estados Unidos de Norte América, por medio de la higiene pública y privada, rigurosamente enforzada, sin contemplación ni consideración de ninguna especie, logró en tres años y medio concluir con la aterradora fiebre amarilla en un país donde había permanecido endémica durante mucho más de un siglo.

El asombroso mejoramiento realizado en todos los ramos del saneamiento de las poblaciones de la Isla de Cuba; la eliminación de la masa inmensa de carne humana que servía de pasto á ese monstruo devorador, y que era un pasto que todos los años se renovaba con semilla fresca y lozana, durante la dominación de España en aquella Isla; la creación del eficaz Departamento de Inmigración, como centinela avanzado, por el Gobierno interventor americano, y exactamente continuado por el Gobierno de la República Cubana; las precauciones que se tomaban, y se sigue en la actualidad tomando, con los viajeros que llegan á la Habana de puertos infectados de fiebre amarilla, y que durante la dominación española nunca se tomaron; el extraordinario impulso que se le ha dado á la educación primaria en Cuba, con lo cual se han hecho populares los conocimientos modernos de la higiene, y se van cada día más difundiendo en el pueblo; todas estas causas reunidas, repito, es lo que ha hecho desaparecer la fiebre amarilla de la Isla de Cuba.

Antes de terminar este escrito, debo hacer constar que al criticar los trabajos de la Comisión de cirujanos del ejército de los Estados Unidos, que fué á Cuba en el verano del año 1900 á estudiar allí la fiebre amarilla, no me anima predisposición alguna contra el cuerpo de Sanidad Militar americano, ni idea de perjudicar la reputación científica de ese cuerpo ni la de ninguna personalidad en particular. Mi objeto ha sido tan solamente poner de manifiesto la indiscreción de crear esa Comisión en un espíritu de reivindicación y revancha, y por consiguiente la poca libertad de acción, y el estrecho criterio dentro del cual por fuerza tuvo que actuar dicha Comisión de experimentadores científicos, obligados desde el mismo momento de su nombramiento á buscar *lo que su Jefe superior les había ordenado*. Fué, pues, en mi opinión, el defecto debido á la constitución y funcionamiento de esa Comisión científica, lo que ha dado origen á los errores que critico.

La manera áspera y quizás, á primera vista, innecesariamente dura y un tanto cruel, en que á veces me he expresado, no es más que el inconsciente grito de dolor de mi alma lacerada y de mi reputación científica pisoteada en lo más vivo. En mi propia patria, Cuba, se me ha tratado como ignorante y criminal proscripto, por tener ideas científicas contrarias á las que hoy están allí de moda respecto á la fiebre amarilla; como facultativo práctico, se me boycoteó y desprestigió por todas partes, obligándoseme, por falta de recursos pecuniarios para seguir viviendo allí, á ir á ganarme la vida á un país extranjero; y como patriota, se me ha motejado de maldito, y se me ha excomulgado, por no favorecer las ideas indecisas y los deficientes experimentos del Dr. Carlos J. Finlay, que es un inglés nacido en Cuba. Y en estos Estados Unidos he sido víctima del sarcasmo, la maledicencia y la malevolencia, por no estar de acuerdo con las conclusiones de la Comisión de cirujanos del ejér-

cito americano, mandada en el verano del año 1900 á estudiar la fiebre amarilla en Cuba.

¡Imposible parece que estas persecuciones se lleven á cabo en el siglo veinte de la era cristiana! Pero así se ha hecho durante estos últimos cinco años.

Tan sólo me resta lamentar de todo corazón el número de víctimas propiciatorias que produjeron los experimentos de esa Comisión, así como también los otros experimentos que se hicieron para apoyarla, entre ellas el joven Dr. Jesse M. Lazear, la señorita americana Miss Maass, enfermera del hospital «Las Animas,» y los varios individuos, tanto americanos como españoles, cuyas vidas se sacrificaron en un propósito tan ilusorio como deleznablemente fundado.

Y lamentar al mismo tiempo, como patriota cubano, los muchos miles de pesos del Tesoro de Cuba gastados inútilmente en hacer experimentos con conclusiones preconcebidas.

En nada se han alterado las restricciones cuarentenarias de los Estados del Sur de la Unión Americana, ni las de país alguno, que existian antes del revolucionario descubrimiento de que «el mosquito hembra, fecundada, de la especie *Stegomyia fasciata* es EL ÚNICO Y EXCLUSIVO TRANSMISOR DE LA FIEBRE AMARILLA.

Y para que se vea que á pesar de la aparente corroboración de esa falsa teoría por la Comisión nombrada el año pasado por el Instituto Pasteur de París, para el estudio de la fiebre amarilla en el Brasil, voy á copiar textualmente á continuación la orden del Ministro de las Colonias de Francia, disponiendo que se siga en ellas poniendo en práctica las mismas antiguas precauciones contra la importación y propagación del tífus icterodes.

Pero quiero antes dejar para siempre consignado en los anales de la medicina contemporánea un hecho vituperable, que aconteció en el Congreso Sanitario Internacional que se celebró en la ciudad de la Habana los días 15, 17, 18, 19 y 20 de Febrero de 1902.

No solamente se silenció en todos los periódicos de medicina que se publicaban en la Isla de Cuba en aquella fecha mi debate, y mi voto en contra de la teoría etiológica del mosquito hembra de la especie *Stegomyia fasciata* en la fiebre amarilla, sino que también no se ha consignado de ello una sola palabra en el volumen publicado de las actas oficiales de las sesiones que efectuó dicho Congreso Sanitario.

Así, de ese modo subrepticio é ilegal es como se ha pretendido hacer ver al mundo médico que la teoría no tuvo contradicción alguna en Cuba, y que era una verdad tan incontrovertible todo lo que respecto á ella se dijo en aquel Congreso, que nadie osó levantar la voz en contrario. Así, de esa manera, es como se pretende siempre imponer todo lo que es falso, y se procura ocultar todo lo que hace sombra á ciertos y determinados intereses, en contra de la justicia, de la verdad, del deber imprescindible. Aquel Congreso estaba en la obligación inexcusable de consignar en sus actas la discusión habida sobre el tema que formaba precisamente la base de la constitución de aquella asamblea de hombres de ciencia.

He aquí las instrucciones del Ministro de las Colonias de la República Francesa:

«Nous estimons en effet qu'il serait dangereux de tout rapporter au moustique et de négliger complétement les modes de transmission admis jusqu'à present; aussi ne pouvons nous que conseiller, jusqu'à plus ample informa-

tion, de considerer les vêtements el les objets de literie ayant servi à des malades, *comme des plus dangereux* au point de vue de la conservation et de la propagation des germes, *et ne saurions nous trop recommander de procéder à une desinfection minutieuse de tous les objets.*»

(Firmado) N. DOUMERGUE,
Ministro de las Colonias.

Yo por mi parte no estoy, ni he estado nunca, en lo más mínimo opuesto á que se trate por todos los medios posibles de exterminar los mosquitos de una localidad cualquiera, como medida conveniente de salubridad pública, y simplemente por todo lo que ella significa é implica en asuntos puramente sanitarios; pero que no se abandonen por eso las antiguas y bien conocidas precauciones de limpieza, desinfección, aislamiento de los enfermos atacados de fiebre amarilla, y que se hagan mejoras de salubridad de todas clases. En una palabra: SUMAR, y no restar medidas sanitarias, es lo que se debe hacer en mi opinión en la prevención y para evitar la propagación del tifus icterodes. El simple nombre de *tifus* ya está indicando la naturaleza de la enfermedad.

El origen de las innumerables epidemias de esta enfermedad, terrible por su devastadora y aterradora influencia, en distintos países y en diferentes partes del globo, se ha demostrado positiva y repetidísimas veces, en más de trescientas ocasiones, que es debido en los países EN QUE NO ES ENDÉMICA, á la llegada allí de viajeros, de buques ó de objetos infectados con el germen de dicha enfermedad, cualquiera que éste sea y por más que hasta la fecha permanezca desconocido. Caso tan original ha habido, en el que un mechoncito de cabellos cortados por un familiar á una víctima de la fiebre amarilla, que fué guardado bajo un cristal y herméticamente cerrado dentro de un medallón ó relicario, al abrir éste al aire libre, *varios años después*, dió origen á una mortífera epidemia de la enfermedad. ¿Permaneció acaso el mosquito hembra, fecundada, de la especie *Stegomyia fasciata* durante todos esos años viva allí encerrada también bajo el cristal del relicario?

De la creencia que la fiebre amarilla es infecciosa, si acaso no es también contagiosa, nace el temor á su repentina aparición en los lugares expuestos á ella y QUE NO SON ENDÉMICOS, y los grandes esfuerzos que hacen las autoridades sanitarias, tanto nacionales como las del Estado ó Provincia en que de improviso se presente esa terrible enfermedad, y también las autoridades municipales, para practicar la detención de los viajeros, y su aislamiento, y la desinfección de los buques y los objetos que se suponen infectados, sea cual fuere la causa que produjo aquella calamidad pública: su objeto es tan sólo evitar la propagación de la epidemia, sin que se les importe nada lo que afirma la novelesca y falaz teoría etiológica de la fiebre amarilla.

DR. AGUSTÍN M. FERNÁNDEZ IBARRA.

No. 2164 Fifth Avenue, New York city.

SECCIÓN VI.

ALGO DE CIRUGÍA EN SUS RELACIONES CON LA FISIOLOGÍA.

(CONCLUYE).

No podrá negarse que la Cirugía contemporánea ha sentado también sus reales en el tubo digestivo, desde el estómago hasta el recto, con la misma audacia y con el mismo atrevimiento con que se ha aventurado á intervenir en toda clase de órganos, escudándose en el resultado final de que los operados no mueren: es decir, en que la Cirugía por sí misma, el acto operatorio, no mata, aunque las consecuencias, después de tiempo, sean más ó menos desastrosas. . . . La responsabilidad quirúrgica ha cesado.

Con la mayor facilidad del mundo se resecan grandes porciones de estómago, y el estómago completo si se quiere; grandes segmentos de intestino delgado, un metro ó dos no importa, y no importa que sea el duodeno, el yeyuneo ó el ileon; y se interviene en el intestino grueso como si no sirviera para nada. . . . ¡El organismo tolera todas esas intervenciones. . . . el enfermo no se muere! . . . .

Ahora bien, ¿si tuviéramos en cuenta la fisiología del tubo digestivo, estaríamos autorizados para intervenir en él así, así, á larga mano por el solo hecho de que nuestras intervenciones no matan, y sin tener en cuenta los resultados del porvenir? . . .

No hablo de las indicaciones precisas y de las operaciones estrictas.

Desde luego hay que tener en cuenta que el estómago es un recipiente que almacena durante un tiempo más ó menos largo una cantidad más ó menos grande de alimentos que se han tomado de una sola vez. Disminuir su capacidad es disminuir su índice de contención y disminuir el poder de ingestión; suprimirlo, es abolir su poder de contención y disminuir la facultad de ingerir.

Los enfermos á quienes se les haya disminuído quirúrgicamente la capacidad estomacal no podrán ingerir lo que se ingiere normalmente; y los enfermos á quienes se les haya suprimido el estómago habrán perdido, casi por completo, la facultad de almacenar sustancias nutritivas. Por lo que estos individuos se verán en la necesidad de perturbar las leyes del hábito y de comer frecuentemente, muy frecuentemente: es decir, de ser esclavos de la alimentación.

Teniendo en cuenta eso sólo, la cuestión sería cosa poca; pero, ¿el quimismo estomacal, la digestión de los albuminoides, las funciones de peptonización? ni pueden hacerse en otra parte del tubo digestivo, y además son indispensables para la buena evolución de los alimentos y para su asimilación regular y fisiológica.

El primer acto de la digestión estaría disminuído ó suspendido, y llegaríamos á la conclusión de que el *fermento lab* no sirve para nada, así como el ácido clorhídrico, y que las funciones de peptonización de las glándulas estomacales son poco menos que inútiles. Experiencias de fisiología comparada han demostrado, sin lugar á duda, que algunos animales á los que se les ha suprimido el estómago han presentado, además de perturbaciones digestivas, signos bien claros de raquitismo; perturbaciones tróficas de la nutrición.

Podría entrar en muchos detalles teóricos y clínicos sobre este particular; pero no son oportunos, y sólo tengo que hacer una pregunta: ¿Es justificada la cirugía estomacal como viene haciéndose desde hace algún tiempo, sin tener presentes las encomiendas del estómago y sus atribuciones fisiológicas? Creo que no.

***

La subdivisión anatómica que se ha hecho del intestino delgado es una subdivisión que cuadra con la Fisiología, sin que ésta sea tan precisa, porque los distintos segmentos intestinales van entremezclando y confundiendo sus funciones, unas entre otras, como se confunden la luz y la oscuridad en la penumbra, sin que pueda decirse el punto neto que las separa.

Fisiológicamente no puede decirse lo que es duodeno, yeyuneo ó ileon, pero sí puede afirmarse que el intestino delgado es un órgano que tiene funciones distintas según el segmento en que se le considere. La primera porción es secretoria, la segunda es secretoria y absorbente, y la tercera es casi por completo absorbente.

Si se independe entre dos ligaduras una asa del primer segmento, esa asa se llena de líquido secretado por las paredes; si se independe una del segundo, su contenido aumenta ligeramente, y si una del tercero, el contenido permanece estacionario ó disminuye.

Por otra parte, la Bacteriología ha demostrado que la flora microbiana no es la misma en cada uno de estos segmentos. A vuela pluma cosa parecida puede decirse del intestino grueso, no obstante la afirmación de algún sabio de que podía ser suprimido en la especie humana.

De todas estas consideraciones parece desprenderse, que el cirujano debe tener muy presente la fisiología de los distintos segmentos del tubo digestivo, cuando se ve obligado á intervenir en un punto cualquiera de este órgano; vencer los arrebatos quirúrgicos; limitar su campo de acción á lo estrictamente necesario y no olvidar que las extensas mutilaciones á ese órgano perturban la elaboración digestiva y desequilibran la nutrición general.

***

Las intervenciones en los ganglios linfáticos son muy frecuentes en pequeña cirugía, al grado que en la consulta misma que nos hace un enfermo con un ganglio infartado ó supurado se lo extirpamos ó se lo abrimos, en la misma sesión, con un poquito de cocaina; es cosa de un momento. . . . . Y muy frecuentemente no nos hemos dado cuenta del motivo de aquel infarto; no hemos investigado si es tuberculoso, sifilítico, canceroso, etc.; no hemos detenido nuestra atención en el estado general del paciente; no hemos pesado las consecuencias futuras de nuestra intervención, y las complicaciones y los malos resultados no son escasos.

Esto parece exagerado; pero es verdad, y el caso á que hago referencia al principio de estas líneas, de un niño á quien extirpé una masa ganglionar tuberculosa y que al poquísimo tiempo murió tuberculizado, es una prueba de ello. Por otra parte, si consultamos nuestros apuntes quirúrgicos, no dejaremos de encontrar algunos casos en que nuestras intervenciones en los ganglios han despertado, por sí mismas, estados patológicos latentes.

¿Y qué tiene esto de raro cuando sabemos que alrededor de esos ganglios se forma una zona de enquistamiento que se organiza y aisla el mal local del

conjunto del organismo? Los microorganismos se encuentran aprisionados y las toxinas y los virus atenuados y sin salida. Abrir esas prisiones que la economía construye para su defensa propia, es poner á los elementos allí encerrados en condiciones de pulular por todo el organismo.

Mi intención no es sentar como principio que no debe operarse ningún ganglio, muy al contrario, si, que se operen todos los operables, pero teniendo en cuenta las funciones que desempeñan y penetrándose muy bien de que la extirpación ó la debridación de un ganglio enfermo suele tener consecuencias desastrosas. Precisar las indicaciones; proceder con prudencia quirúrgica.

* * *

También al principio de este artículo hablé de un individuo á quien extirpé unas hemorroides antiguas, que sangraban abundantemente y que por lo visto ese escurrimiento había constituído un hábito orgánico, cuyo individuo falleció un poco tiempo después, presentando hemoptisis abundantes, sin que hubiera signos tuberculosos, y cuyas pérdidas sanguíneas fueron agotándolo hasta la muerte. Caso extraordinario, pero verídico, porque así pasó y porque no encontré ningún otro motivo que hubiera producido su defunción.

En mis observaciones posteriores, que son muchas á este respecto, he encontrado que gran número de los enfermos hemorroidarios crónicos que me han consultado, se han opuesto terminantemente á mi indicación de operarlos, diciéndome que les va á hacer falta su flujo sanguíneo y que sin sus hemorroides van á tener congestiones cerebrales ó perturbaciones circulatorias que pondrán en peligro su vida. Me han citado nombres de maestros míos, ó casi, casi: de maestros de mis maestros, quienes les aconsejaron que nunca se quitaran sus hemorroides; y me han citado, con la lógica contundente del *vox populi*, multitud de casos en que la operación ha sido un fracaso. En esto debe haber algo de verdad: nuestros médicos antepasados lo dicen y el público lo afirma. Si no es totalmente cierto, tiene algunos visos de verídico.

En efecto: por un motivo ó por otro; por una predisposición hereditaria si se quiere se alteran las paredes de las venas rectales, esas venas se dilatan temporalmente, después de una manera definitiva; luego la inflamación y la estásis producen ulceraciones y por fin se rompen las paredes y de allí las hemorragias. Estas se suceden más ó menos frecuentemente, la dinámica circulatoria se acostumbra á esas derivaciones, se cría un hábito orgánico y después de un año, de dos, de diez, aquello se transforma en una necesidad ineludible, especie de función, y que perturbará el buen equilibrio del conjunto en caso de que falte.

Esas pérdidas sanguíneas en los hemorroidarios antiguos, y sobre todo hereditarios, se antoja que serán tan indispensables como la menstruación en la mujer.

¿Habrá eliminación de principios tóxicos, excrementiciales en la sangre hemorroidal como en la sangre de los menstruos? . . . ¿Con el tiempo y mediante la herencia y la civilización, las hemorroides serán la regla y sus hemorragias constituirán una necesidad para todo individuo, un acto fisiológico como actualmente la menstruación en la mujer? . . . Ojalá y pudiéramos dilucidar y predecir estos asuntos desde luego; desgraciadamente no estamos en condiciones y tenemos que conformarnos con los datos recogidos en nuestra práctica diaria.

1º Todo lo que llega á hacerse hábito en la economía se transforma en necesidad orgánica; y los flujos, más ó menos periódicos, de algunos hemorroidarios están en ese caso.

2º La renuencia de los antiguos cirujanos para operar las hemorroides debe tener algún fundamento, y éste no puede ser otro que las malas consecuencias ó complicaciones que hayan observado en sus operados.

3º La renuencia instintiva de los enfermos mismos, renuencia parecida á la de los alcohólicos ó morfiómanos (á la de los habituados) cuando les proponemos una supresión radical, es de tenerse en cuenta; pues la experiencia les ha demostrado, que cuando el flujo se retarda ó disminuye, se sienten perturbados en su salud general y temen, con justicia, que la operación les dé malos resultados, aunque los cure localmente.

4º Es de observación vulgar, que los hemorroidarios antiguos sienten gran consuelo después de sus pérdidas, así como grandes incomodidades antes de que se verifiquen, especialmente cuando se retardan. ¿No es éste un motivo más para pensar que ese flujo es necesario?

5º He leído en algunos autores, si mal no recuerdo, observaciones bien completas y minuciosas de enfermos operados de hemorroides crónicas que al poco tiempo presentaron complicaciones circulatorias de origen netamente congestivo, achacables á la supresión del flujo hemorroidario.

Yo, por mi parte, después de una operación radical de hemorroides, he tenido que atender durante más de un año á un enfermo atacado de eczema general que no tenía más etiología que la supresión del flujo hemorroidario.

6º Por último, el caso que he citado, de muerte por agotamiento en un individuo operado de hemorroides crónicas, que presentó consecutivamente abundantes hemoptisis, inveteradas, incorregibles, que en poco tiempo dieron cuenta de su persona, es una prueba terminante de que la cirugía hemorroidal suele ser peligrosa, y más que todo, que siempre debe ser prudente.

***

Teniendo en cuenta todas las pusilanimidades quirúrgicas que he venido exponiendo á grandes rasgos en este artículo, y despreciando la Fisiología y las enseñanzas de la experiencia diaria, me hubiera sido bochornoso escribir estas líneas y sentiría vergüenza de haber abrazado, desde hace tanto tiempo y con tanto cariño, la especialidad de curar todo lo que fuera quirúrgico; pero convencido de que la prudencia en todo, y más aún en el ejercicio de cualquiera profesión, es la gran realizadora de todos nuestros propósitos, no me toco el corazón en decir que falta mucho de ella en cirugía y que debe tenerse presente para proceder á ciencia y conciencia.

No repruebo las ovariotomías; pero que se hagan con indicación precisa; soy partidario incondicional de operar las apendicitis; pero en el momento oportuno; estoy dispuesto á quitar un gran segmento de estómago ó de intestino, pero teniendo en cuenta sus funciones; los ganglios linfáticos infartados ó supurados los extirpo ó los debrido todos los días, pero procurando tener en cuenta los resultados, y las hemorroides las opero con todas las precauciones posibles, no tanto por los resultados inmediatos, sino por las consecuencias tardías.

Repito, soy partidario acérrimo de la Cirugía, pero creo que en todos los órganos en que intervenimos debemos tener presente su fisiología, y no olvidar que la prudencia es uno de los mejores consejeros.

DR. HELADIO GUTIÉRREZ.

SECCION XVII.

TERAPEUTICA

LA MEDICACION SULFURADA.—AMPLIACION DE SUS INDICACIONES.

FURUNCULOSIS.—SULFHIDRAL.

Uno de los agentes terapéuticos relativamente modernos es el Sulfuro de cálcium, que desde hace algunos años ha entrado con buen pie en la práctica diaria como el desinfectante interno más eficaz é inofensivo en general, pero sobre todo en la difteria. Por esta causa muchos son los artículos que le hemos consagrado en esta misma publicación con la esperanza, en nuestro sentir bastante satisfecha ya, de que sean utilizadas sus evidentes virtudes antimicrobianas entre nosotros.

Hace algunos años tuve á mi cargo la asistencia de una señorita, hermana por cierto de un estimable compañero, que con desesperante frecuencia se veía atormentada por la aparición y lento y doloroso desarrollo de furúnculos, que en distintas regiones de su cuerpo aparecían y que las más veces requerían la intervención quirúrgica. Además del tratamiento local indispensable, aquella señorita había sido sujetada á un tratamiento general, en el que sobresalían las preparaciones marciales y arseniadas, pero la rebelde diátesis no parecía modificarse favorablemente en manera alguna.

En uno de los brotes furunculosos en que la atendí y por no haber obtenido éxito apreciable con las levaduras de cerveza, que tan calurosamente han sido recomendadas de pocos años acá, instituí el tratamiento por el «Sulfhidral» ó Sulfuro de cálcium puro, prescribiendo los Gránulos de Charles Chanteaud, que por los análisis químicos hechos son los que prestan completa garantía de pureza y dosificación.

Esta medicación fué seguida con fidelidad y constancia y la aparición de los furúnculos fué gradual pero rápidamente disminuyendo. Un año después no aparecía uno solo, y desde hace unos cinco años que esto ocurría, no se han vuelto á reproducir, y la señorita mencionada, de acuerdo conmigo, considera definitiva la curación y dominada ó extinguida la diátesis. El único adyuvante y auxiliar que tuvo el «Sulfhidral» en este tratamiento, fué una severa higiene y algunos tónicos reconstituyentes.

Este caso, completamente probatorio para mí, ha tenido su confirmación en los relatados por otros terapeutas, y en la «Dosimétrie» del próximo pasado mes de Octubre el Dr. Verette relata la siguiente observación:

Pierre B. . . . de 17 años, hijo de un tocinero, alto, delgado, pálido, de una constitución delicada y pobre, desde un año hacía encontrábase molestado por la constante aparición de numerosos furúnculos de distintas dimensiones, sin que los distintos tratamientos que se le habían señalado hubiesen logrado dominar el mal, quedando sin efecto las levaduras de cerveza, como en

el caso antes mencionado, y los fermentos de uvas que le fueron administrados.

En los momentos de ser atendido por el Dr. Verette, el enfermo presentaba unos 10 ó 12 furúnculos diseminados, algunos de ellos en plena supuración; había fiebre é inapetencia y edema de las piernas, en donde se encontraban radicados la mayoría de los abscesos.

La prescripción fué Sedlitz Ch. Chanteaud, una cucharada en ayunas durante 4 días y 2 gránulos de Sulfhidral cada dos horas. El Sedlitz disuelto en un vaso de limonada gaseosa; curación apropiada de los furúnculos supurantes con Salol y Boricina; alimentación ligera y reposo en la cama.

Dos días después no se nota una marcada mejoría, y entonces se añade al método indicado el arseniato de fierro y la estricnina, á la dosis de un miligramo tres veces al día.

Al octavo día de tratamiento la mejoría es tan sensible que el enfermo solicita levantarse, el brote furunculoso se ha detenido, la fiebre se ha alejado, el apetito ha vuelto, las orinas son claras y los abscesos todos han cicatrizado. La convalecencia se sostiene y afirma.

Como método ulterior el Dr. Verette le impone dos gránulos diarios de Sulfhidral y al mediodía 2 de arseniato de fierro y 2 de cuasina.

Algunas breves consideraciones terminan este corto trabajo ú observación clínica. El autor hace notar, con justicia, la prontitud con que en el paciente obra la medicación sulfurada en una afección tan sólidamente domiciliada en su organismo.

Hace notar asimismo, la influencia de la medicación sulfurada sobre casi todas las diferentes dermatosis, y al mismo tiempo sobre el proceso de la supuración, que el mismo clínico manifiesta haber señalado desde 1884 con motivo de una epidemia notable de viruela en Besanzon; los escurrimientos icorosos se modifican, aparece un pus bien ligado y la cicatrización no se hace esperar. Esta hermosa virtud del sulfuro también me ha sido posible verla comprobada, y es por lo mismo por lo que, en casos de este género, casi siempre asocio á la medicación fundamental y causal este valioso agente.

Termina manifestando, que en este paciente el arseniato de fierro y la estricnina se encontraban claramente indicadas, porque tratábase de un anémico y un deprimido, en quien era preciso estimular las funciones principales del organismo. Sean cuales fueren asimismo las propiedades antisépticas del agente que se administra al interior, es de sentido común no desdeñar las curaciones locales, que modificando favorablemente el terreno infectado coadyuvan á que el resultado sea mejor y más rápido. Las aplicaciones del Salol y la Boricina respondieron á tal propósito.

Como hemos asentado alguna otra vez, habiéndonos ocupado distintas ocasiones ya de la medicación sulfurada, treinta años hace que el Dr. Fontaine, en 1875, comunicó por vez primera al Congreso Internacional de Medicina, que se verificó en Madrid, el nuevo tratamiento de la Difteria puesto en práctica por él durante la terrible epidemia de esa mortífera enfermedad en Bar-sur-Seine, por medio del sulfuro de cálcium. Desde esa época un poco remota ya, fecundo en resultados prácticos fué, ha sido, es y será ese descubrimiento.

«Inspirándome en los hermosos descubrimientos de Mr. Pasteur» dijo entonces: «sobre las fermentaciones y en las investigaciones de M. Devaine so-«bre la existencia de los protorganismos en la sangre de los enfermos atacados «de enfermedades infecciosas, me he hecho el siguiente razonamiento: si la «infección diftérica procede de una fermentación producida por los micro-«zoarios, bacterias ó vibriones, claro es que destruyendo éstos últimos se evi-«tará la fermentación, y por consecuencia, la enfermedad será aniquilada.»

Los primeros ensayos fueron hechos con el sulfito é hiposulfito de sosa, que tan eficazmente suspenden la fermentación en una retorta, pero metamorfoseándose en el organismo rápidamente en sulfatos, pensó Fontaine en un compuesto menos oxigenado y por consiguiente más ávido de oxígeno y no tóxico. Entonces vino á su mente el Sulfuro de cálcium y los hechos coronaron brillantemente la exactitud de su elección.

La primera fórmula preconizada fué la siguiente: Monosulfuro de cálcium. . . . 1 gramo. Glucosa. . . . 0 50 cent. Agua destilada. . . . . C. B. —Para 100 píldoras.

Después la conocida casa de Charles Chanteaud introdujo los gránulos de esa misma dosis, de un centígramo, que químicamente puro, es el «Sulfhidral.»

No nos volveremos hoy á ocupar de este valiosísimo agente de la terapéutica moderna, como la medicación que casi, casi merece el nombre de «específica de la difteria,» pues de sobra se ha tratado esa cuestión en este periódico y en otras publicaciones médicas.

Hoy solamente nos permitimos recordar á nuestros lectores que en la medicación sulfurada tienen siempre un auxiliar poderoso para combatir las rebeldes dermatosis, hecho que están confirmando las observaciones más recientes, pero que desde hace tiempo fué señalado á la atención médica.

Es preciso asimismo tener presente que la efectividad de la acción parasitaria del sulfuro le ha hecho recomendar aun en aquellos casos en que se trata de infecciones tan graves y terribles como el cólera morbus.

Yo por mi parte debo decir, que en las dermatosis más frecuentes nunca olvido el Sulfhidral y que, aun en los casos de eczema, cuya rebeldía es bien conocida, he logrado con él resultados jamás alcanzados con los otros géneros de medicación.

Dr. E. L. Abogado.

NOTAS SOBRE UN CASO DE PERIMETRITIS.

Hukam Chand, C. M. S. Cirujano del Hospital Delhy-Delhy-India.

El día 12 de Octubre de 1904, fuí llamado por una paciente residente en la ciudad. A mi llegada la encontré con calentura, temperatura 102° F., lengua saburral, pulso rápido, intestinos constipados, la orina sucia y de un color subido, dolores y mucha sensibilidad sobre la región hipogástrica, así como

también en ambas fosas iliacas; la vagina estaba caliente (como dicen los nativos *dhai)* pero sin secreciones. Con ayuda del tacto se encuentra que el útero estaba duro é inquiriendo se supo que el estado presente era ocasionado por aborto y exposición al frío. Diagnostiqué el caso como uno de perimetritis asociada con ovaritis, y prescribí:

1.—Calomel, gr. ¼. Uno cada tres horas.
2.—Tabletas de Antikamnia y Heroína, una cada cuatro horas.
3.—Trementina en apósitos sobre el lugar del dolor.
4.—Licor de Morfina 15 mínimas en la noche si no hubiese sueño.

Octubre 13. Menos dolor que antes; tuvo buen sueño por 4 horas; continúa el mismo tratamiento.

14. Menos dolor que el día anterior y durmió bien, sin necesidad de la morfina.

15. Muchísimo menos dolor; la paciente pudo andar con la ayuda de un bastón. Durmió bien. Continuó el mismo tratamiento, con excepción de los fomentos de trementina.

16. Casi nada de dolor; la paciente está débil; por lo demás se encuentra bien. Quité el calomel, prescribiendo Aceite de Castor, 1 oz. y continuar la Antikamnia y Heroína, como antes.

17. Ningún dolor, dos evacuaciones. Prescribo un preparado tónico; continúa mejor.

Observaciones.—En mi opinión, la mejoría en este caso fué debida á las propiedades analgésicas y antipiréticas de las tabletas de Antikamnia y Heroína.—Debe ensayarse esta medicación en tales condiciones siempre.—«Practical Medicine,» March, 1905, Delhy, India.

ACCION BACTERICIDA DEL AGUA OXIGENADA AL ESTADO NACIENTE.

Al determinar las cantidades de soluciones comerciales de agua oxigenada necesarias para matar en unas cuantas horas todos los gérmenes del agua (la del Sena, por ejemplo), Mr. Bonjean ha establecido que era necesario emplear 10 centímetros cúbicos de solución graduada exactamente á 29,2 por 100 en peso de $H^2 O^2$; es decir, que, en estas condiciones, 292 miligramos de peróxido de hidrógeno por litro de agua matan todos los gérmenes del agua en seis horas de contacto.

Al producir el peróxido de hidrógeno al *estado naciente* por medio del peróxido de calcio, se encuentra: que en esa misma agua los gérmenes mueren todos con 60 miligramos de $H^2 O^2$ por litro en cuatro horas; es decir, en un tiempo menos largo y con dosis cinco veces más débiles.

Basándose sobre el conjunto de los resultados obtenidos, puede atribuirse al estado naciente del agua oxigenada ó peróxido de hidrógeno una actividad bactericida particularmente noble.

(Société de thér. 25 de Enero de 1905.)

NOTAS.

EL CONGRESO MEDICO PROMOVIDO POR LA SOCIEDAD «PEDRO ESCOBEDO.»

Hemos recibido la circular en que la Junta Organizadora de esta Asamblea, en nombre de esa Sociedad, participa el haber diferido para los días 9, 10, 11 y 12 del próximo mes de Enero, lo cual comunicamos con gusto á nuestros lectores, esperando que esta prórroga contribuya á aumentar tanto el número de compañeros que concurran como el de los trabajos que se presenten, pues en esta 2ª circular se advierte ya de un modo terminante, que además de los temas señalados, pueden elegirse asuntos diferentes para ser leidos en la Sección respectiva.

A NUESTROS LECTORES.

El deseo de terminar con el tomo los trabajos en publicación, nos ha obligado á suprimir varias secciones y dar al presente número menos variedad que la acostumbrada. Esperamos que por esta razón justificada seamos excusados, prometiendo que la Sección intitulada «Revista de la Prensa Médica Extranjera,» tan apetecida en lo general, será atendida debidamente en el año entrante, aunque prefiramos siempre los trabajos médicos nacionales, por ser esa la índole propia de nuestra publicación.

EL MONUMENTO DEL DR. CARMONA Y VALLE.

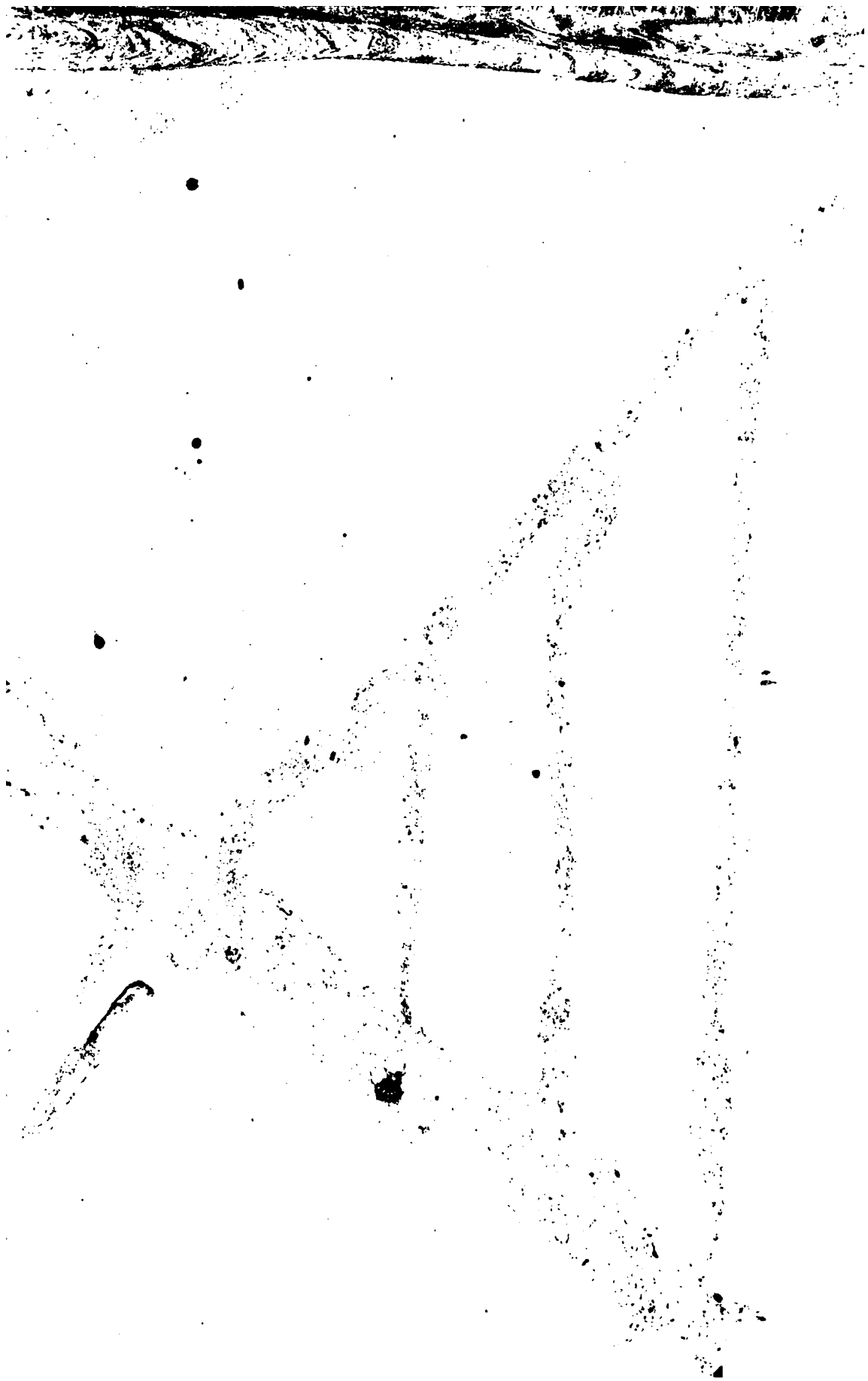
Sabemos por nuestro apreciable colega «La Escuela de Medicina» que la cantidad recaudada hasta hoy con el nobilísimo objeto de honrar la memoria del ilustre médico mexicano, asciende ya á la suma de $3,625.85. Celebramos de corazón este resultado que patentiza el respeto y la gratitud que supo inspirar el inolvidable ausente, mentor de una gran parte de los miembros que forman hoy el Cuerpo Médico Mexicano.

LOS ANALES DE LA ESCUELA N. DE MEDICINA.

Hemos recibido el 2º número del tomo 2º de esta interesante publicación, que impresa esmeradamente en magnífico papel, cada día se hace más acreedora á la aceptación de todo médico que con empeño y razón de sobra, busca y recoge las enseñanzas de la clínica, fuente inagotable y legítimo venero del conocimiento y del acierto en Medicina.

SUMARIO.

Sección V.—La falacia del mosquito en la fiebre amarilla, por el Dr. Agustín M. Fernández Ibarra, residente en Nueva York. (Concluye.)—Sección VI.—Algo de Cirugía en sus relaciones con la Fisiología, por el Dr. Heladio Gutiérrez. (Concluye.)—Sección XVII.—*Terapéutica.* La medicación sulfurada. Ampliación de sus indicaciones.—Furunculosis.—Sulfhidral, por el Dr. E. L. Abogado.—Notas sobre un caso de Perimetritis.—Acción bactericida del agua oxigenada al estado naciente.—Notas.



UNIVERSITY OF CALIFORNIA
MEDICAL SCHOOL LIBRARY

THIS BOOK IS DUE ON THE LAST DATE STAMPED BELOW

Books not returned on time are subject to a fine of 50c per volume after the third day overdue, increasing to $1.00 per volume after the sixth day. Books not in demand may be renewed if application is made before expiration of loan period.

2m-4,'36

v.8
1905
Crónica médica Mexicana.
37193
UNIVERSITY
37193